Recuperarea femeilor cu afecțiuni genitale

Explorare — evaluare

Editura medicală

Florea Marin
Oficiul județean de expertiză medicală
și recuperare a capacității de muncă
Cluj-Napoca
Spitalul clinic de recuperare
Cluj-Napoca

Dan Vinți
Clinica I ginecologie-obstetrică
Cluj-Napoca

Recuperarea femeilor cu afecțiuni genitale

Explorare — evaluare

Editura medicală, București — 1981

Scanned with OKEN Scanner

Prefață

Cadrul larg al acțiunilor inițiate în prezent în scopul realizării unei condiții noi calitativ superioare femeii este completat oportun prin activitatea de recuperare medicală în general și, poate mai specific, prin aceea de recuperare a bolnavelor ginecopate. Într-adevăr, activitatea de recuperare s-a dovedit a fi o resursă bogată de soluții care să promoveze femeile în toate domeniile de activitate și aceasta cu atît mai mult cu cît ea vine să realizeze o armonizare a trăsăturilor particulare profesionale — aptitudini, dorințe, posibilități biopsihice, calificare — cu necesitățile economiei naționale și cu sarcinile de soție, mamă și educatoare a noilor generații.

Obiectiv de mare actualitate, recuperarea femeii cu afecțiuni genitale se înscrie pertinent în problematica deceniului al VIII-lea al secolului nostru, sugestiv intitulat de către Organizația Mondială a Sănătății „deceniul recuperării". O mențiune în plus merită atribuită recuperării femeilor tinere, deziderat realizat prin ancorarea cît mai activă în viața socială și într-o măsură la fel de importantă prin restabilirea statusului biologic particular vîrstei — renormalizarea ciclicității genitale, redarea posibilităților de a concepe, de a purta sarcina și de a naște copii sănătoși.

Activitatea medicală de recuperare reprezintă un nou mod de gîndire și de acțiune față de deficienți și handicapați, fiind pe drept cuvînt considerată, după medicina preventivă și cea curativă, ca o a treia latură a medicinii contemporane. Ea vine să completeze măsurile terapeutice curente cu proceduri specifice de readaptare funcțională și de creștere a capacității de adaptare la efort a handicapaților. În această concepție modernă — pe care autorii o promo-

Scanned with OKEN Scanner

vează de-a lungul întregului volum — deficiențele și invaliditățile cîștigă o nouă dimensiune, fiind considerate ca o disadaptare socială a persoanei și nu un cadru restrîns de dezechilibru individual. Aceste orientări ilustrează în mod pregnant saltul calitativ făcut în medicină prin trecerea din faza individuală la cea colectivă, de masă.

În acest moment, monografia de față reușește să umple un gol nu numai în literatura autohtonă de profil, ci constituie totodată una din puținele lucrări de acest gen cunoscute. Ea încununează efortul comun a unui clinician-ginecolog și a unui specialist în moderna disciplină de expertiză și recuperare medicală a capacității de muncă. Că este într-adevăr rezultatul unor preocupări mai vechi se dovedește prin anticipările făcute de unul din autori (Fl. Marin) într-o lucrare apărută în anul 1973 cu privire la principiile de expertiză medicală și de recuperare ale femeii ginecopate.

Influența factorului psihic, cu deosebire la femei și în particular la cele cu suferințe din sfera genitală, este considerabilă atît în declanșarea și întreținerea afecțiunilor, dar poate mai important, în drumul anevoios de reîntoarcere spre starea de sănătate și de reîncadrare în activitate. Evaluarea justă a factorului psihic în programul de recuperare implică însă aspecte complexe de psihologie medicală, socială și de psihologia muncii, constituind totodată, un moment deosebit de important în individualizarea și implicit în reușita eforturilor terapeutice. Veridicitatea acestor considerente se traduce și prin bunele rezultate obținute în această sferă de patologie prin psihoterapie. Trainingul autogen, hipnoza funcțională, hipnoza activă, autorelaxarea etc., sînt cîteva din metodele care s-au dovedit a fi extrem de utile în recuperarea femeii cu afecțiuni genitale. Eficiența măsurilor depinde într-o măsură hotărîtoare de găsirea „acelorași lungimi de undă" psihoafective între pacientă și psihoterapeut.

Relațiile bolnavilor față de suferința propriu-zisă, față de diagnosticul enunțat, față de tratament și de reîncadrarea în activitatea socio-profesională constituie tot atîtea „momente cheie" care subtil surprinse și creator folosite de către medicul recuperator, reprezintă o sursă nesecată de soluții și rezolvări terapeutice.

Cum este și firesc, stabilirea scopurilor și mijloacelor terapeutice în activitatea de recuperare a capacității de muncă a bolnavelor ginecopate își găsesc punctul de plecare într-un diagnostic ginecologic exact și detaliat. Aprecierea restantului funcțional și a reversibilității tulburărilor, ca și descifrarea mecanismelor ce au determinat starea morbidă, conduc la evaluarea corectă a capacității de

Scanned with OKEN Scanner

muncă și constituie pozițiile de plecare ideale în alcătuirea planului complex de recuperare. O mențiune în plus față de alte sfere de patologie trebuie făcută în legătură cu prognosticul afectiv și psihologic al persoanei de recuperat.

O particularitate distinctă a activității de recuperare o constituie investigațiile ce se cer a fi făcute „în teren", la domiciliu, locul de muncă, unitățile sanitare unde bolnava a avut internări. Informațiile astfel obținute completează ansamblul general al pacientelor contribuind prin aceasta la o mai profundă interpretare și individualizare a cazurilor. Desigur, această latură de cercetare medico-socială trebuie să se bucure, pe lîngă competență și de discreție și obiectivitate.

Așa cum o prezintă autorii, practica recuperării capacității de muncă a femeilor ginecopate este posibilă și absolut necesară în condițiile actuale ale asistenței medicale din țara noastră. Ea face parte integrantă din asistența sanitară a populației. Sînt necesare însă preocupări în acest sens, schimbarea opticii — atît la bolnavi, cît și la unii medici — privitor la posibilitățile de activitate profesională a persoanelor cu boli cronice stabilizate. În legătură cu aceste probleme se fac numeroase propuneri.

Această valoroasă carte este utilă nu numai medicilor ginecologi și experți, dar și medicilor internişti, oncologi, medicilor de medicină generală, chiar și cadrelor nemedicale etc., cărora le-o recomandăm cu multă căldură.

Cluj-Napoca, noiembrie 1978

Prof. dr. Octav Rusu

Scanned with OKEN Scanner

Cuprins

	Pag.
Prefață (prof. dr. O. Rusu)	3
I. *Partea generală* (Fl. Marin, D. Vinți)	13
I.1. Introducere. Rolul social al femeii	13
I.2. Glosar cu definirea unor termeni specifici folosiți în activitatea de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă	16
I.3. Recuperarea capacității de muncă. Definiție. Probleme generale.	18
Recuperarea ca activitate de echipă	19
Căile recuperării	19
Sarcinile medicilor ginecologi din teren	22
I.3.A. Evoluția gîndirii privitoare la activitatea de recuperare a femeilor cu afecțiuni genitale	27
I.3.B. Bazele biopsihice ale recuperării capacității de muncă la femeia cu afecțiuni genitale	29
I.3.C. Metodologia recuperării capacității de muncă la femeia cu afecțiuni genitale	33
Diagnosticul clinic de afecțiune genitală	34
Explorarea morfofuncțională în ginecologie	34
Precizarea gradului deficienței morfofuncționale	39
Aprecierea prognosticului	40
Analiza locului de muncă	41
Investigația de teren	42
Investigația de teren la domiciliu	42
Investigația de teren la locul de muncă	43
Investigația de teren la unitățile sanitare	43
I.3.D. Afectivitatea feminină. Răsunetul psihoafectiv al bolilor organelor genitale. Importanța acestora pentru recuperarea capacității de muncă. Psihoterapia	43
I.3.E. Capacitatea de prestație a femeii cu afecțiuni genitale	47
Principii generale	47
Modificarea capacității de prestație la femei în diferite perioade fiziologice sau fiziopatologice	51
I.3.F. Evaluarea capacității de muncă a femeii cu afecțiuni genitale. Principii generale	55
I.3.G. Stabilirea planului complex de recuperare	58
I.3.G.1. Măsurile medicale de recuperare	59

Pag.

I.3.G.1.1. Tratamentul balneoclimateric şi fizioterapic 60
— Examinări de laborator ce trebuie efectuate înaintea unui tratament balneoclimateric sau fizical la bolnavele cu afecţiuni genitale 61
— Indicaţiile tratamentului balneoclimateric la bolnavele cu afecţiuni ginecologice 62
— Contraindicaţii generale pentru tratament balneoclimateric 65
— Contraindicaţii speciale pentru bolnavele cu afecţiuni genitale 65
— Balneofizioterapia femeilor cu boli genitale 66
— Condiţiile executării unei cure ginecologice 67
I.3.G.1.1.a. Balneoterapia 70
Peloidoterapia (nămoloterapia) 70
Terapia cu băi clorurosodice 74
Talasoterapia 79
Acratotermele 81
Apele radonice şi termale 81
Băile şi mofetele carbogazoase 82
Băile sulfuroase 84
Apele iodate, bromate, arseniate şi feroase 84
Apele alcaline 85
Suspensia de nămol 86
I.3.G.1.1.b. Climatoterapia 88
Cura de aer 89
Cura de teren 90
I.3.G.1.1.c. Termoterapia 90
Utilizarea căldurii 90
Utilizarea frigului 95
Utilizarea alternativă a căldurii şi frigului 96
Forme speciale de băi şi împachetări 97
Substanţe dizolvate sau amestecate cu apă 97
Băi speciale 98
Termoterapia în ginecologie 98
I.3.G.1.1.d. Electroterapia 102
Curenţii simpli 102
Curenţii interferenţiali 103
Curenţii diadinamici 103
Ultrasunetele 103
I.3.G.1.1.e. Razele ultraviolete 105
I.3.G.1.2. Cultura fizică medicală a femeii cu afecţiuni ginecologice 106
Cultura fizică medicală în bolile ginecologice 109
Gimnastica în ginecologie 110
Gimnastica ritmică 110
Gimnastica cu taburet 112
Gimnastica subacvală (Siedentopf) 113
Gimnastica respiratorie în afecţiunile organelor genitale . . 114
I.3.G.1.3. Masajul în bolile organelor genitale 115
I.3.G.2. Măsurile educative şi profesionale de recuperare . . 117
I.3.G.2.1. Orientarea şi îndrumarea profesională a femeilor cu afecţiuni genitale 117

Scanned with OKEN Scanner

Pag.

Aspecte pedagogice particulare pentru tinerele handicapate . 118
Recalificarea profesională a tinerelor handicapate 118
Despre îndemînarea femeii 120
Propuneri pentru profesionalizarea femeilor cu afecțiuni genitale 121
I.3.G.3. Măsurile sociale de recuperare 123
1.4. Unități pentru recuperarea femeilor cu afecțiuni genitale cronice 125
1.5. Activitatea de cercetare și didactică în probleme de recuperare a femeilor cu afecțiuni genitale 129
Activitatea didactică 130
1.6. Eficiența activității de recuperare a femeilor cu afecțiuni genitale 131

II. *Morbiditatea generală. Incapacitatea temporară de muncă și invaliditatea prin boli ale organelor genitale la femei* (Fl. Marin, D. Vinți) 138

II.1. Morbiditatea generală 138
II.2. Incapacitatea temporară de muncă 141
Studiul morbidității cu incapacitate temporară de muncă cu durată mai mare de 90 de zile prin boli ale organelor genitale în municipiul Cluj-Napoca 142
II.3. Morbiditatea intraspitalicească 147
II.4. Invaliditatea prin bolile organelor genitale 150
II.5. Mortalitatea prin boli ale organelor genitale 157
II.6. Aspecte de economicitate 158

III. *Partea specială* (D. Vinți, Fl. Marin) 163

III.1. Premisele recuperării capacității de muncă la bolnavele cu afecțiuni genitale 163
III.1.1. Sfatul genetic 164
III.1.2. Consultația de ginecologie infantilă 165
III.1.3. Consultația prenuptială 167
III.1.4. Consultația clinică periodică 168
III.1.5. Consultația prenatală 169
III.2. Recuperarea femeilor cu afecțiuni maligne ale organelor genitale . 171
Clasificarea stadială și pe baza sistemului T.N.M. a tumorilor maligne, necesară pentru evaluările capacității de muncă și alcătuirea planului de recuperare 171
III.2.1. Tumorile maligne vulvare 173
Evaluarea capacității de muncă 174
Recuperarea capacității de muncă 175
III.2.2. Tumorile maligne ale vaginului 175
Evaluarea capacității de muncă 176
Recuperarea capacității de muncă 176
III.2.3. Tumorile maligne ale colului uterin 176
Evaluarea capacității de muncă 181
Recuperarea capacității de muncă 181
III.2.4. Tumorile maligne ale corpului uterin 182
Adenocarcinomul uterin 182
Sarcomul uterin 184
Corioepiteliomul 184

Scanned with OKEN Scanner

Pag.
Evaluarea capacităţii de muncă 185
Recuperarea capacităţii de muncă 186
III.2.5. Tumorile maligne ale trompei 187
III.2.6. Tumorile maligne ovariene 188
Evaluarea capacităţii de muncă 189
Recuperarea capacităţii de muncă 189
Mijloacele recuperatorii socioprofesionale folosite în cancerele organelor genitale 190
III.3. Recuperarea femeilor cu tumori benigne ale organelor genitale . 192
III.3.1. Tumorile benigne ale vulvei 192
III.3.2. Tumorile benigne ale vaginului 193
III.3.3. Tumorile benigne ale colului uterin 193
III.3.4. Tumorile benigne ale uterului 194
Recuperarea medicală 195
III.3.5. Tumorile benigne ale trompei 196
III.3.6. Tumorile benigne ale ovarului 196
Evaluarea capacităţii de muncă 198
III.4. Recuperarea femeilor cu endometrioză 199
Evaluarea capacităţii de muncă 200
Măsurile de recuperare 201
III.5. Recuperarea femeilor cu infecţii ale aparatului genital 201
III.5.1. Infecţii nespecifice 203
III.5.1.1. Vulvovaginitele 203
Vulvovaginitele microbiene 203
Vulvovaginitele parazitare 205
Vulvovaginitele micotice 205
Vulvovaginita cu organisme L 206
Vulvovaginitele de origine virotică 206
Vulvovaginitele mixte 207
III.5.1.2. Cervicitele 207
III.5.1.3. Infecţiile uteroanexiale acute 208
Mijloacele medicale de recuperare 212
III.5.1.4. Infecţiile uteroanexiale cronice 214
III.5.2. Infecţii specifice 216
III.5.2.1. Tuberculoza genitală 216
III.5.2.2. Sifilisul genital 218
Evaluarea capacităţii de muncă în infecţiile aparatului genital. Probleme socioprofesionale 218
III.5.3. Corelaţia dintre bolile organelor genitale (inflamatorii şi tumorale) şi viscerele abdominale şi toracice 220
Corelaţia cu aparatul digestiv 220
Corelaţia cu aparatul digestiv şi organele toracice 222
III.6. Recuperarea femeilor cu hemoragii uterine disfuncţionale . . 223
Mijloace medicale recuperatorii 224
Probleme socioprofesionale 227
III.7. Recuperarea femeilor cu tulburări ale staticii pelvigenitale . . . 227
III.7.1. Deviaţiile uterine 228
III.7.2. Deplasările organelor genitale 230
Mijloace medicale recuperatorii 231
Evaluarea capacităţii de muncă. Probleme socioprofesionale . . . 233
III.8. Recuperarea cuplurilor cu sterilitate conjugală 233
Probleme sociale 240

Scanned with OKEN Scanner

Pag.

III.9. Recuperarea femeilor cu tulburări de sexualitate și sensibilitate . 241
III.9.1. Vaginismul 241
III.9.2. Frigiditatea 241
III.9.3. Dispareunia 242
III.9.4. Recuperarea sexuală a femeilor cu cancer genital operat . . . 243
III.9.5. Recuperarea femeilor cu activitate sexuală întîmplătoare și dezordonată 245
III.10. Recuperarea femeilor cu malformații congenitale ale aparatului genital 245
III.10.1. Malformațiii și anomalii ale vulvei 246
III.10.2. Malformații și anomalii ale vaginului 249
III.10.3. Malformațiile uterului 251
III.10.4. Malformațiile trompelor 254
III.10.5. Malformațiile ovarului 254
III.11. Recuperarea femeilor cu afecțiuni cîștigate în urma tratamentului unor afecțiuni genitale benigne sau maligne 255
III.11.1. Tulburările de statică și dinamică vezicoureterală 255
III.11.2. Leziunile ureterului 256
III.11.3. Fistulele urogenitale cîștigate 257
III.11.4. Fistulele stercorale 258
III.11.5. Celulitele reziduale ale bazinului și organelor pelvisului . 259
III.11.6. Edemele și alterările trofice ale membrelor inferioare . . 260
III.11.7. Tulburările endocrinohormonale 261
III.11.8. Sechelele tardive ale intervențiilor chirurgicale transabdominale asupra organelor genitale 261
Bibliografie 262
Rezumat l. română 265
Summary 271

Scanned with OKEN Scanner

I. Partea generală

(Fl. Marin, D. Vinți)

I.1. Introducere. Rolul social al femeii

Dovada prețuirii femeii în vremurile noastre este faptul că, urmare a inițiativei României (10), anul 1975 a fost declarat *„Anul internațional al femeii"*. El s-a sărbătorit în toată lumea sub deviza: *„egalitate, dezvoltare, pace"*. Se au în vedere femeile valide sau handicapate și se pleacă de la ideea că o condiție „sine qua non" a dezvoltării social-economice a popoarelor este realizarea unei depline egalități în drepturi ale femeilor cu bărbații, participarea lor la dezvoltarea multilaterală a societății omenești. În același an, în octombrie, a avut loc în R. D. Germană, sub egida Federației Internaționale a Femeilor, Congresul Mondial al femeii. O serie de seminarii regionale au dezbătut variate teme între care *„Femeia și munca"*, *„Femeia și dezvoltarea"* etc. În cursul anului 1976 „Comisia de la Geneva pentru condiția femeii" a elaborat și ulterior a aprobat *„Declarația asupra eliminării discriminărilor față de femeie"*.

Organizația Națiunilor Unite pentru dezvoltarea industrială a găzduit, în noiembrie 1978, la Viena, o reuniune privind rolul femeii în industrializarea țărilor în curs de dezvoltare. S-au dezbătut pe larg aspecte legate de elaborarea și înfăptuirea de programe naționale pentru participarea sporită a femeii la procesul industrializării, precum și formularea de sugestii privind creșterea rolului O.N.U. și al altor organizații internaționale în sprijinul promovării femeii în procesul dezvoltării industriale. S-a insistat pentru pro-

Scanned with OKEN Scanner

movarea și calificarea femeii în ramurile industriale mai potrivite pentru ele: industria textilă, alimentară, farmaceutică, electronică etc.

De curînd s-a ținut, sub egida O.N.U., Conferința mondială *„Deceniul Națiunilor Unite pentru femei"*, cu tema *„egalitate, dezvoltare, pace"* — prin care s-a discutat și aprobat elaborarea proiectului de convenție privind eliminarea discriminărilor față de femei.

La noi în țară se desfășoară o largă și intensă activitate pentru a descoperi valorile pe care le reprezintă femeia muncitoare și pentru promovarea acestor valori (48) în interesul dezvoltării întregii noastre societăți.

Partidul Comunist Român situează femeile pe plan superior atît în activitatea economică, cît și în cea politică și socială a țării. Sarcinile trasate de Plenara C.C. al P.C.R. din 18—19 iunie 1973, ca urmare a directivelor Congresului al XI-lea al P.C.R., subliniază rolul femeilor în societate și trasează sarcina sprijinirii și promovării lor în toate domeniile de activitate, nu numai printr-o acțiune de campanie, ci ca sarcină permanentă a tuturor organizațiilor de partid. Se subliniază de asemenea necesitatea măsurilor menite să îmbine armonios rolul femeii ca participantă activă la progresul rapid și continuu al patriei, cu sarcinile ce-i revin ca mamă, soție și ca primă educatoare a copiilor ei.

Ca rezultat al politicii partidului nostru în problema promovării femeii arătăm că în anul 1965 femeile din țara noastră reprezentau 27,8% din totalul personalului muncitor, iar în anul 1978 au reprezentat 36%. Ceea ce este deosebit de important este creșterea lor continuă în industrie, unde în anul 1973 au fost 32,4%, în 1974 au fost 35,5%, iar în 1978 au fost 38,0%. Procentul lor este în continuă creștere. Astfel, la data de 8 martie 1981, în ansamblul forței de muncă, femeile dețin o pondere importantă în multiple domenii: ocrotirea sănătății — 74,6%, învățămînt — 64,5%, circulația mărfurilor — 57,2%, telecomunicații — 50,1% știință — 42% (21 a).

În județul Cluj, la data de 31 decembrie 1978, femeile reprezentau 40,5% din totalul forței de muncă a județului. La aceeași dată ele constituiau 38,7% din cadrele ce activau în industrie. În unele ramuri, cum ar fi industria textilă, proporția este mult mai mare: 89,8%, confecții: 82,7%, ocrotirea sănătății: 73,8% etc.

La Conferința națională a femeilor din țara noastră, care s-a ținut la data de 22—23 aprilie 1978, s-au luat noi măsuri pentru creșterea continuă a rolului femeilor în întreaga viață economico-socială și spirituală a națiunii (72).

În dorința de a veni în sprijinul angajării femeii în producție într-un mod cît mai plenar și în același timp cît mai aproape de

Scanned with OKEN Scanner

condițiile ergonomice de activitate, s-a elaborat „*Nomenclatorul meseriilor, specialităților și funcțiilor în care pot fi încadrate femei*“, editat de Ministerul Muncii, Ministerul Educației și Învățămîntului, Ministerul Sănătății, Uniunea Generală a Sindicatelor din România și Consiliul Național al Femeilor. În acest nomenclator sînt specificate 711 locuri de muncă din cele 26 de grupe de muncă unde pot fi încadrate femei, precum și ponderea (exprimată procentual) în care femeile trebuie să participe în raport cu bărbații în acele locuri: 100%, 50—90%, sau mai puțin de 50%. În viitor, acest nomenclator se va lărgi și adapta în raport cu situația concretă.

*

Pentru a face față în condiții bune multiplelor sale sarcini, femeia trebuie să îndeplinească cel puțin două condiții: să fie sănătoasă și să aibe o familie consolidată. Toată lumea este de acord că sănătatea femeii garantează sănătatea generației de mîine (51) și în același timp creează premizele pentru participarea ei la viața activă.

Prevenirea îmbolnăvirilor, păstrarea și întărirea sănătății și a capacității de muncă, conservarea cît mai îndelungată a tinereții fizice și psihice, îndepărtarea cît mai mult a spectrului morții, longevitatea activă, consolidarea familiei, sprijin pentru a naște copii cît mai mulți și sănătoși, participarea plenară la viața activă, iată principalele sarcini ale medicinii recuperatorii actuale și de perspectivă a femeii.

Prezența bolilor cronice schimbă aceste date, deoarece boala — pe lîngă tot ce se știe despre ea — este restrictivă de libertate, după cum just afirmau clasicii marxismului. Apare ca necesară recuperarea femeii, urmare căreia ea devine cu adevărat liberă — capacitatea și talentul ei se exprimă nestingherit în viața de familie, profesională și socială. Femeia recuperată reintră în armonie cu mediul ambiant, familial și socioprofesional. Iată motivul principal care ne-a îndemnat să elaborăm această lucrare.

O latură importantă a recuperării femeilor tinere este recuperarea celor cu raporturi sexuale dezordonate, asupra cărora se va insista în lucrare.

Recuperarea femeii cu afecțiuni genitale face parte integrantă din acțiunile menite să-i creeze o nouă condiție calitativ superioară în strînsă corelație cu condiția umană în general. Prin recuperare se creează adevăratele condiții ca femeia să fie promovată în toate domeniile de activitate în raport cu posibilitățile ei biopsihice, aptitudinile, calificarea, dorințele și sarcinile economiei naționale, precum și în raport cu sarcinile ei de soție, mamă și educatoare a ge-

Scanned with OKEN Scanner

nerației care ne urmează. Prin obiectivele sale recuperarea femeii în general și cea a femeii cu afecțiuni genitale în special este de mare actualitate, ea reprezintă nucleul politicii sanitare a femeii. *Deceniul opt al actualului secol a fost declarat de către O.M.S. „deceniul recuperării".*

I.2. Glosar cu definirea unor termeni specifici folosiți în activitatea de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă*

Deficient (Handicapped, Handicapé) este persoana a cărei integritate fizică și/sau psihică este diminuată, temporar sau permanent, ca urmare a vîrstei înaintate, sau survine în cadrul unor afecțiuni congenitale ori cîștigate. Această stare influențează nefavorabil independența, școlarizarea, profesionalizarea și încadrarea în muncă a persoanei respective.

Infirmitate (Impairment) este starea patologică permanentă sau trecătoare care duce la diminuarea funcțiilor persoanei respective.

Invalidul este purtătorul unei invalidități.

Invaliditate (Invalidity, Invalidité) este pierderea parțială sau totală a capacității de muncă în urma unei boli sau a unui accident (se raportează la locul de muncă și la profesiunea persoanei în discuție).

Capacitatea de muncă (C.M.) este posibilitatea pe care o are o persoană de a efectua o activitate la un anumit loc de muncă, realizînd o productivitate cel puțin medie cantitativ și calitativ.

C.M. este păstrată atunci cînd persoana poate efectua această activitate și se simte bine lucrînd.

C.M. este pierdută în diferite procente atunci cînd persoana nu mai poate efectua activitatea profesională în sistem organizat.

Incapacitatea de muncă (Disability) este reducerea sau pierderea capacității de muncă, urmare a unei deficiențe fizice și/sau psihice indiferent de cauza sa (boală, accident sau vîrstă).

Gradele de invaliditate exprimă calitativ și cantitativ invaliditatea unei persoane. În legislația țării noastre invaliditatea poate fi de gradul I, II, III.

a) *Invalizii de gradul I* se caracterizează prin:

— pierderea totală și de lungă durată a capacității de muncă și a autoservirii.

Recuperarea invalizilor de gradul I cuprinde cu precădere măsuri medicale care urmăresc reducerea autoservirii și apoi refacerea capacității de prestație cu dezideratul reluării activității profesionale.

În toate cazurile sînt necesare și măsuri socioprofesionale care să ușureze adaptarea la noua situație a handicapatului (proteze, orteze, cărucioare de salon, triciclete cu motor etc.), iar uneori orientarea sau îndrumarea profesională la persoane care au suferit amputații de membre, intervenții mari pe viscere etc.

b) *Invalizii de gradul II* se caracterizează prin:

— pierderea totală sau în cea mai mare parte a capacității de prestație și de muncă pentru o anumită perioadă de timp;

---

* După datele O.M.S. (7).

Scanned with OKEN Scanner

— obligativitatea recuperării lor în condiţii de repaus profesional total;
— obligaţia internării lor periodice în staţionare pentru stingerea procesului evolutiv şi pentru compensarea şi adaptarea funcţiilor deficiente;
— continuarea măsurilor recuperatorii în condiţii de ambulator de către medicii de specialitate şi medicii de circumscripţie;
— prioritatea procedurilor recuperatorii medicale faţă de cele socioprofesionale.

Din aceste particularităţi rezultă şi sarcinile medicilor de specialitate şi a medicilor de circumscripţie care sînt în totalitate răspunzători de recuperarea lor.

Se tinde la recuperarea lor totală cu dezideratul reluării integrale a activităţii. Atunci cînd aceasta nu este posibil, se reia activitatea cu program redus la jumătate, continuîndu-se măsurile recuperatorii în vederea reluării integrale a activităţii profesionale.

c) *Invalizii de gradul III* se caracterizează prin:
— pierderea a cel puţin jumătate din capacitatea lor de prestaţie şi de muncă;
— obligaţia lor de a rămîne în activitate cu 1/2 normă;
— necesitatea unor măsuri intense şi individualizate de recuperare medicală şi mai ales socioprofesională pe întreaga perioadă de invaliditate;
— predominanţa măsurilor recuperatorii efectuate în condiţii de ambulator;
— caracterul temporar al invalidităţii de gradul III şi tendinţa de scădere continuă a procentului invalizilor de gradul III în cadrul invalidităţii generale.

Din aceste caracteristici rezultă şi sarcinile medicilor în recuperarea lor.

Expertiza medicală a capacităţii de muncă este o activitate medicală, dar are multiple implicaţii socioeconomice. Ea se efectuează de către comisia de expertiză medicală care evaluează capacitatea de prestaţie şi de muncă, răspunzînd cu argumente ştiinţifice la întrebarea dacă persoana respectivă mai poate lucra, unde anume, cîte ore pe zi şi în ce condiţii ambientale (39).

Efortul profesional este efortul energetic, psihic, de coordonare şi senzorial, solicitat de actul muncii profesionale şi de condiţiile ambientale corespunzătoare locului de muncă respectiv.

Ergonomia este definită în mai multe formulări care au însă acelaşi conţinut: domeniu poli- şi interdisciplinar de activitate care urmăreşte optimizarea sistemului om-maşină-mediu ambiant. În cadrul acestui sistem, deopotrivă biologic, mecanic şi socioprofesional se acordă prioritate subsistemului om. Prin ergonomie s-a trecut, de la „cultul" maşinilor şi al mediului ambiant, la preţuirea efectivă a operatorului uman. Ergonomia este o activitate de sinteză la care participă specialişti cu diferite preocupări, al cărei scop este optimizarea randamentului economic prin optimizarea efortului uman în condiţiile ambientale cele mai favorabile.

Terapia ocupaţională (Occupational Therapy) este tratamentul aplicat persoanelor cu incapacitate fizică şi/sau mintală cu ajutorul unor activităţi constructive, indicate şi adaptate de către un specialist în terapia ocupaţională.

Ergoterapia (Ergothérapie) este definită ca folosirea muncii în scop terapeutic pentru creşterea capacităţilor funcţionale şi de muncă ale omului. Ea utilizează activitatea concretă însăşi prin care se urmăreşte pregătirea bolnavului pentru reluarea activităţii profesionale concomitent cu îmbunătăţirea capacităţilor sale funcţionale. *Terapia ocupaţională şi ergoterapia au în principal o funcţie medicală şi secundar una economică.*

Îndrumătorul vocațional (Orientatorul profesional) este persoana care participă la ajutarea subiectului pentru a-și alege o profesie, ținînd seama de particularitățile, aptitudinile și preferințele sale, dîndu-i-se posibilitatea să-și dezvolte personalitatea și să obțină satisfacții de pe urma muncii sale.

Se are în vedere utilizarea cea mai eficientă a forței de muncă a națiunii și posibilitatea de încadrare în muncă după profesionalizare.

I.3. Recuperarea capacității de muncă. Definiție. Probleme generale

Recuperarea — cunoscută în alte arii geografice sub numele de reabilitare, reeducare, readaptare, metafilaxie, reinserție socială etc. — are un conținut medico-social, poli- și interdisciplinar, în prezent bine definit. Sesiunea a doua a Comitetului de experți O.M.S. (Geneva, noiembrie 1968) a adoptat următoarea definiție: „Reabilitarea *(Rehabilitation)* înseamnă folosirea combinată și coordonată a unor măsuri sociale, educative și vocaționale pentru instruirea sau reinstruirea persoanelor, în vederea obținerii unei capacități funcționale maxime posibile“ (71). A V-a Sesiune științifică a Academiei de științe medicale din Republica Socialistă România, care s-a desfășurat în ianuarie 1974, a formulat o definiție mai cuprinzătoare — după părerea noastră — cea mai completă din multiplele care se cunosc: „Recuperarea trebuie considerată ca un domeniu de activitate complexă — medicală, educațională și socioprofesională — prin care se urmărește restabilirea cît mai deplină a capacităților funcționale reduse sau pierdute de către o persoană ca urmare a unor afecțiuni congenitale sau dobîndite în urma unor boli sau traumatisme, precum și dezvoltarea unor mecanisme compensatorii care să-i asigure posibilitatea de muncă sau autoservirea, respectiv o viață mai activă cu independență economică și/sau socială“.

Rapoartele sesiunilor menționate — precum și alte documente — subliniază că recuperarea este o activitate medico-socială amplă, ce cuprinde măsuri complexe medicale, sociale și profesionale, la realizarea cărora concură o serie de specialiști. Ea se desfășoară simultan sau în perioade succesive, în unități speciale de calificare și recalificare și în unități productive de stat sau cooperatiste. Recuperarea urmărește prevenirea invalidității, la bolnavii cu afecțiuni cronice cu potențial invalidant, restabilirea cît mai deplină a capacităților morfofuncționale reduse sau pierdute și dezvoltarea unor mecanisme compensatorii și de adaptare.

Pentru femeile tinere în general și pentru cele cu afecțiuni genitale în particular, noțiunea de recuperare are o sferă mai largă —

Scanned with OKEN Scanner

decît ceea ce se înțelege în general pentru bărbați — deoarece pentru femei ancorarea cît mai activă în viață semnifică crearea acelei situații biologice și sociale care să le permită normalizarea ciclismului genital, precum mai ales posibilitatea de a rămîne gravide, de a purta sarcina și de a naște un făt viabil. Fără realizarea acestui deziderat recuperarea femeii tinere rămîne doar parțială. La femeia în vîrstă la care nu mai este posibilă o sarcină se urmărește realizarea celorlalte obiective enunțate.

După obiectivul spre care tinde sau care poate fi atins, vorbim de *recuperare parțială*, cînd se realizează numai reducerea capacității de autoservire, sau reducerea parțială a capacității de muncă, și de *recuperare totală*, cînd se realizează recîștigarea totală a capacității de muncă în încadrarea sau reîncadrarea persoanei în activitate cu program complet.

Recuperarea ca activitate de echipă

Din formularea sarcinilor activității de recuperare rezultă că aceasta se efectuează în cadrul unei echipe complexe unitară ca obiective, dar inter- și polidisciplinară, la care participă cadre medicale de diferite specialități: medicii de specialitate ai bolii respective, medici specialiști în evaluarea și recuperarea capacității de muncă, specialiști în medicina fizică, medici balneo-fizio-kineziterapeuți, medici de medicina muncii, medici de întreprindere etc. Mai participă cadre nemedicale, psihologi, sociologi, tehnicieni sociali, profesori de cultură fizică medicală și ingineri sanitari. Pentru atingerea tuturor obiectivelor sînt antrenate sectoare largi, cum ar fi industria, învățămîntul, administrația locală și organizația sindicală locală. Prin aceasta recuperarea este o activitate de echipă *(„team work“)*.

Căile recuperării

Sub aspectul desfășurării sale practice recuperarea este o activitate unitară, continuativă, căreia, din motive didactice și de sistematizare, i se descriu trei laturi:

— latura medicală a recuperării *(Medical Rehabilitation);*

— latura educativ-profesională a recuperării *(Vocational Rehabilitation)* și

— latura socială a recuperării *(Social Rehabilitation).*

În activitatea practică acestea nu urmează întotdeauna obligatoriu după succesiunea medicală, vocațională, profesională și socială,

Scanned with OKEN Scanner

nici nu sînt toate laturile obligatorii la fiecare handicapat. De regulă recuperarea tinerilor cuprinde toate laturile sale, la adulți însă procedurile recuperatorii se individualizează în funcție de handicapat și etapa evolutivă a afecțiunii sale. În etapa de evolutivitate și de convalescență a bolilor domină latura medicală a recuperării, în timp ce ulterior domină latura sa educativ-profesională și socială. La tinerii necalificați are importanță deosebită — după stabilirea afecțiunii prin mijloace medicale — orientarea și selecția lor profesională, pregătindu-se în acest fel pentru finalizarea acțiunii de recuperare — încadrarea în activitatea organizată și menținerea locului de muncă ales. Pentru femeile tinere sînt necesare, după cum s-a amintit, măsuri medicale și socioprofesionale pentru ca femeia să-și normalizeze ciclismul genital, să rămînă gravidă și să nască un făt viabil.

În legătură cu activitatea practică de recuperare mai sînt discuții pe plan mondial privitoare la momentul începerii acesteia. Părerile sînt larg împărțite. Sînt autori care includ în actul recuperării și procedurile medicale obișnuite, astfel un autor referindu-se la recuperarea bolnavilor cu hepatită cronică afirmă că cea mai bună recuperare a acestora este prevenirea hepatitei acute. Alții (mai ales autorii francezi), reduc întreaga activitate de recuperare medicală la kineziterapie, iar alții separă și fragmentează recuperarea în cele trei laturi ale sale: medicală (biologică), vocațional-profesională și socială.

Acțiunea de recuperare începe acolo unde este în iminență de a se instala un deficit funcțional cu tendința de durată. Ea trebuie să se extindă sub aspect medical pînă la lichidarea sau stabilizarea procesului morfopatologic și obținerea compensării deficitului funcțional, iar sub aspectul procedurilor socioprofesionale se extinde pe o lungă perioadă de timp, în numeroase cazuri pe toată viața handicapatului. *Se vor respecta principiile de: precocitate, complexitate și continuitate ale recuperării* (41) *la care adăugăm și pe cel de tehnicitate.*

Analog clasificării cunoscute mai de mult pentru profilaxie și considerînd etapa în care se acționează și obiectivul urmărit, activitatea de recuperare ar putea fi ierarhizată în trei etape (23).

Recuperarea primară cuprinde acțiuni care se adresează bolilor ce pot determina deficiențe morfo-funcționale cu caracter invalidant, înainte ca aceasta să se fi constituit. Se asigură repausul și dieta corespunzătoare. Se combat în timp util bolile cu potențial de cronicizare sau care pot evolua spre sechele invalidante. De exemplu, la o bolnavă cu histerectomie totală pentru neoplasm uterin se

Scanned with OKEN Scanner

urmăreşte imediat postoperator: refacerea stării generale, prevenirea formării unei cicatrice vicioase, folosirea tuturor procedurilor pentru evitarea metastazelor, combaterea tulburărilor dispeptice. Se face protecţia tegumentelor unde se aplică röntgenterapia, se face psihoterapie şi tratament antianemic în cazul aplicării tratamentului cu citostatice. Încă din această etapă tinerele necalificate vor fi orientate profesional după principiile cunoscute. Persoanelor calificate şi încadrate în activitate li se vor asigura condiţii ergonomice de muncă. Se vor rezolva eventualele probleme socioeconomice ale handicapatelor.

Strict individualizat se efectuează: kineziterapie, balneo-fizioterapie, iar dacă repausul profesional se prelungeşte se efectuează terapia ocupaţională şi ergoterapia etc.

Recuperarea secundară se adresează deficienţelor morfofuncţionale deja invalidante, dar într-o fază reversibilă a acestora. Îşi propune ca obiectiv reducerea deficienţei funcţionale şi restabilirea pe cît posibil integrală a capacităţii de muncă. Ea cuprinde un complex de măsuri destinate combaterii tulburărilor morfologice, deficienţelor funcţionale şi a simptomelor clinice pe care boala le determină. În cazul histerectomiei se urmăreşte combaterea sindromului dureros pelvin şi restabilirea stării de echilibru endocrin şi nutriţional prin măsuri medicale complexe, individualizate. Se efectuează balneoclimatoterapie şi fizioterapie, psihoterapie, terapie ocupaţională, ergoterapie, orientare, selecţionare sau reîndrumare profesională. Concomitent se iau măsuri de ordin social (repaus, dietă, sprijin în vederea obţinerii şi menţinerii unui loc de muncă corespunzător).

Recuperarea terţiară se adresează handicapatelor cu invalidităţi ireversibile sau parţial reversibile. Ea urmăreşte reeducarea funcţională, creşterea restantului funcţional şi dezvoltarea unor mecanisme compensatorii şi de adaptare morfofuncţională care să le asigure posibilitatea de activitate sau, după caz, de autoservire. La persoanele cu diferite sindroame posthisterectomie se instituie proceduri recuperatorii în funcţie de profunzimea şi gradul deficienţei, ajungîndu-se pînă la reintervenţii destinate să corecteze eventualele insuficienţe chirurgicale sau sindroame aderenţiale. Se aplică măsuri medicale, socioprofesionale necesare, amintite înainte.

Concepută şi realizată în acest fel, activitatea de recuperare este o activitate de echipă *„team work"*. Ea corespunde unui deziderat generat de conceptul umanitar al refacerii stării de sănătate sub toate aspectele sale biosocioprofesionale pînă la reintegrarea activă în profesie, în viaţa familială şi socială. Recuperarea presupune nu

Scanned with OKEN Scanner

numai suprimarea bolii, ci vindecarea bolnavului într-un sens mult mai larg care asigură manifestarea activă și complexă a persoanei. Ea reprezintă o nouă atitudine, un nou mod de gîndire și de acțiune față de deficienți și handicapați în sensul adoptării unei concepții dinamice a cărei finalitate trebuie să fie integrarea acestor persoane în viața socială. Ea este considerată pe drept ca o a treia latură a medicinii, după medicina curativă și cea preventivă, prin care se completează măsurile terapeutice curente cu proceduri de readaptare funcțională și de creștere a capacității de adaptare la efort a handicapaților. Recuperarea are în vedere persoanele în vîrstă, pe cele cu boli cronice care prezintă un potențial invalidant, invalizii considerați ca atare de cabinetele și comisiile de expertiză medicală (C.E.M.), precum și orice fel de deficient și handicapat.

Concepția modernă a recuperării privește deficiența sau invaliditatea nu numai ca un dezechilibru individual, ci ca o disadaptare socială a persoanei. Boala — și în mod deosebit invaliditatea — are importante implicații sociale. *Recuperarea ilustrează în mod pregnant că medicina a trecut din faza individuală în cea colectivă de masă. Rolul medicului se încheie doar atunci cînd fostul bolnav muncește, se simte bine muncind și duce o viață activă fără pericol de recădere.*

Sarcinile medicilor ginecologi din teren

— *Medicii ginecologi care lucrează efectiv în dispensarele medicale din unitățile economice de stat sau cooperatiste,* precum și cei care au numai responsabilitatea acordării asistenței ginecologice în anumite unități de stat sau cooperatiste, au importante sarcini privitoare la recuperarea femeilor cu afecțiuni genitale încadrate în gradul I, II sau III de invaliditate pe care le sistematizăm după cum urmează:

1. *Păstrarea evidenței speciale a bolnavelor cu afecțiuni genitale* încadrate în gradul III în care să se consemneze o dată pe lună situația medicosocială și evoluția recuperării lor.

2. *Catagrafierea locurilor de muncă* pentru cunoașterea solicitărilor profesionale și a condițiilor locului de muncă în vederea repartizării bolnavelor cu afecțiuni genitale cronice în locurile cu solicitări profesionale mai mici, potrivite cu boala și capacitatea restantă a acestor bolnave.

3. *Determinarea conducerii unităților pentru efectuarea unor „rocade"* prin care cadrele valide și cu biotipuri forte să ocupe locuri de muncă cu solicitări mari, lăsînd pe cele cu solicitări mai mici pentru bolnavele cronice și invalidele de gradul III.

Scanned with OKEN Scanner

4. *Cunoașterea și aplicarea Decretului Consiliului de Stat nr. 217 din 12 iulie 1977 privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a comisiilor de pensii și asigurări sociale și a comisiilor de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă.*

În capitolul II al acestui decret sînt precizate *sarcinile comisiilor de pensii și asigurări sociale din unități,* din care menționăm:

— urmăresc respectarea dispozițiilor legale la acordarea drepturilor de asigurări sociale, a alocației de stat pentru copii, precum și celorlalte drepturi materiale cu caracter social;

— analizează și fac propuneri pentru încadrarea în grade de invaliditate pentru personalul unității;

— urmăresc și sprijină întocmirea la timp a dosarelor de pensionare pentru limită de vîrstă, invaliditate sau urmaș, verifică dosarele întocmite și semnalează conducerii unității orice nereguli constatate;

— sprijină activitatea de protecție și igienă a muncii, de prevenire a accidentelor de muncă și a îmbolnăvirilor;

— organizează împreună cu organele de resort, analiza periodică a stării de invaliditate și de incapacitate temporară de muncă în rîndul personalului unității și controlează modul de aplicare a măsurilor ce se impun;

— stabilesc, împreună cu organele sindicale, repartizarea, pentru personalul unității, a biletelor de odihnă și a celor de tratament în stațiuni balneoclimaterice;

— urmăresc și sprijină încadrarea în noi locuri de muncă, corespunzătoare capacității lor de muncă sau cu program de lucru redus la jumătate, a persoanelor care din cauza unor accidente sau boli nu mai pot lucra în condițiile avute anterior.

5. *Urmărirea adaptării sau readaptării în muncă a invalidelor de gradul III:* pentru aceasta ei trebuie să dispensarizeze bolnavele din întreprinderea respectivă, să le controleze și să verifice felul cum se respectă planul de recuperare, cel puțin odată pe lună.

6. *Amenajarea și crearea de locuri de muncă protejate pentru handicapate* este o sarcină care depinde în mare parte de autoritatea medicului respectiv, de capacitatea sa profesională și de sprijinul de care se bucură din partea conducerii unității.

7. *Introducerea — împreună cu tehnicienii întreprinderii — a principiilor ergonomice de muncă, pentru femeia ginecopată,* cu evitarea oricăror noxe profesionale, constituie o sarcină de mare răspundere, cu multe dificultăți, dar care asigură în mare măsură succesul activității de recuperare.

8. *Repartizarea individualizată la cantinele dietetice.*

9. *Folosirea judicioasă a curelor balneare de recuperare.*

Scanned with OKEN Scanner

10. *Repartizarea handicapatelor și a invalidelor în schimbul I, eventual al II-lea, contraindicîndu-li-se activitatea în schimbul III de muncă.*

11. *Schimbarea la nevoie a locului de muncă după principiile ergonomice.*

12. *Asigurarea asistenței medicale corespunzătoare și eventual acordarea de concedii medicale în „recurențele de acutizare".*

13. *Sprijinirea bolnavelor cronice și a invalidelor de gradul III pentru orientarea profesională, calificarea sau recalificarea atunci cînd situația o impune.*

14. *Rezolvarea unor probleme sociale ale invalidelor ca:* acordarea de ajutoare în bani sau materiale, încadrarea în muncă a unor membri de familie care le creează greutăți, sprijin pentru obținerea unei locuințe corespunzătoare sau sprijin pentru rezolvarea altor probleme situate la granița dintre viața profesională și extraprofesională a persoanei în cauză.

15. *Completarea cercetării de teren* utilă comisiilor de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă teritoriale.

16. *Aplicarea corectă și consecventă a articolului 29 din Legea nr. 3/1977,* care prevede:

a) Persoanele care au suferit accidente de muncă, au contractat boli profesionale sau din motive de sănătate nu mai pot lucra în condițiile de la locurile de muncă avute anterior, vor fi încadrate în locuri de muncă mai ușoare, corespunzătoare capacității lor de muncă. Obligația de a asigura încadrarea în astfel de locuri de muncă revine unității socialiste în care sînt încadrate.

b) Muncitorii și maiștrii prevăzuți în aliniatul *a,* cuprinși în grupele I și II de muncă și care au o vechime minimă de 10 ani în aceste grupe, vor fi încadrați în locuri de muncă la care li se asigură o retribuție de cel puțin 75% pentru grupa I și de 70% pentru grupa II din retribuția în vigoare corespunzătoare funcției avute anterior. Pentru o vechime de peste 15 ani proporția este de 80% pentru grupa I și de 75% pentru grupa II de muncă. Dacă nu este posibil să se asigure această retribuție, diferența pînă la 70%, 75% și respectiv 80% se acordă din fondurile de asigurări sociale, incluzîndu-se în retribuția tarifară.

17. *Întocmirea unui scurt referat* pe care să-l înmîneze bolnavelor înainte de prezentarea acestora la cabinetul teritorial de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă în vederea revizuirii periodice, în care să se consemneze stadiul evolutiv al bolii, comportamentul profesional felul și gradul recuperării, spre orientarea comisiei respective.

Scanned with OKEN Scanner

— *Medicii de specialitate ginecologi din policlinici* au importante sarcini privitoare la prevenirea invalidității prin boli genitale, precum și la recuperarea bolnavelor încadrate în oricare din gradele de invaliditate.

Prezentăm aici sarcinile ce le revin privitor la recuperarea invalidelor ginecopate încadrate în gradul II și, eventual, în gradul I (cele de gradul III sînt încadrate și lucrează 1/2 normă, metodologia recuperării lor a fost prezentată mai sus).

1) *Aplicarea individualizată a măsurilor recuperatorii* necesare și păstrarea în evidență specială a fișelor invalidelor ginecopate de gradul II și I din teritoriu în care să se consemneze, o dată pe lună, situația medico-socială și evoluția recuperării lor.

2) *Cunoașterea și aplicarea Decretului Consiliului de Stat nr. 217 din 12 iulie 1977 privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a comisiilor de pensii și asigurări sociale din unități.*

3) *Folosirea judicioasă a curelor de recuperare.*

4) *Rezolvarea unor probleme sociale ale invalidelor.*

5) *Completarea, împreună cu asistenta socială, a cercetării de teren,* utilă comisiilor de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă teritoriale.

6) *Întocmirea unui referat* pe care să-l înmîneze bolnavei înainte de prezentarea acesteia la cabinetul de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă teritorial în vederea revizuirii sale periodice.

La persoanele tinere necalificate și cu prognostic bun al evoluției bolii, se face orientarea profesională după principiile cunoscute. Le persoanele calificate în profesii nepotrivite bolii, se efectuează schimbarea locului de muncă sau se fac modificări ale locului de muncă. Dacă aceasta nu este posibil, dacă prognosticul bolii este bun și vîrsta este sub 35 de ani se poate încerca recalificarea profesională într-o profesie potrivită, de preferință cît mai apropiată de cea exercitată anterior îmbolnăvirii.

*

O femeie tînără recuperată biopsihosocial își poate închega o familie, sau dacă o are închegată, aceasta se consolidează sub toate funcțiile sale interne și externe (19), asigurîndu-se climatul de solidaritate și sprijin pentru toți membrii săi, precum și posibilitatea participării tuturor membrilor familiei la ansamblul vieții sociale. Nu trebuie precupețit nici un efort pentru deplina recuperare a femeii, în acest fel asigurîndu-se prin urmașii săi generația vii-

Scanned with OKEN Scanner

toare. Este deosebit de actuală afirmația Judithei Kovács: „femeia este și a fost regizorul principal al vieții de familie“ (35). Or, regizor și modelator al noii generații nu poate fi decît o femeie în stare să cunoască și să participe activ la realitatea vieții sociale. Recuperarea femeii depășește cu mult sfera recuperării bărbaților, ea vizează creearea — pentru femeie în special — a condițiilor necesare creșterii unei viitoare generații sănătoase și calitativ superioară celei anterioare, capabilă să continue eforturile grandioase ale generației precedente. Rolul femeii în familie s-a discutat sub multiple aspecte cu ocazia Zilei Mondiale a Sănătății din 7 aprilie 1973 (17).

Recuperarea femeii presupune și o serie de măsuri care să-i ușureze activitatea extraprofesională adesea deosebit de intensă, cum ar fi: dezvoltarea sistemului de creșe și grădinițe de copii peste tot unde este nevoie, deschiderea unor spălătorii ieftine și operative, a unor restaurante de familie, a unor magazine de tip „Gospodina“, crearea de ustensile menajere ieftine și eficiente care să-i permită pregătirea mesei într-un timp cît mai scurt, fabricarea de detergenți ieftini și care să nu producă fenomene iritative sau alergice, lărgirea sortului de fabricate sau semifabricate alimentare etc.

O grijă deosebită trebuie acordată femeilor necăsătorite, celor cu sarcini nedorite și celor cu ambianța familială necorespunzătoare care împreună totalizează o proporție de 62,3% din avorturi (18) și care au în gradul cel mai înalt carențe multiple. Unele sînt insuficient maturizate. I. Vinți și colab. (64) (65) consideră că „reproducerea umană este bine să se realizeze după o maturizare complexă și completă (somatică, psihoafectivă și economică), cînd adolescentul este stăpînul adevărat al destinelor sale etiosociale, cu un comportament și o conduită bine conturată în societate“.

Privită în acest fel, recuperarea bolnavelor cu afecțiuni genitale devine o activitate medico-socială de înaltă responsabilitate.

Aceste multiple sarcini ce privesc recuperarea handicapatelor în general și a celor cu afecțiuni genitale în particular, sînt pe deplin posibile în condițiile asistenței sanitare actuale și de viitor. Cele mai multe dintre aceste sarcini au asigurat succesul dacă se antrenează în activitate membrii comisiei de asigurări sociale și pensii din unități și dacă medicii de toate categoriile — în special medicii ginecologi — și cadrele de conducere din unități își restructurează gîndirea privitoare la conceptul de recuperare în felul în care a fost prezentată de noi.

În activitatea de recuperatori, medicii de specialitate ginecologi găsesc un sprijin competent la medicii specializați în expertiza medicală și recuperare a capacității de muncă. Colaborarea este ușu-

Scanned with OKEN Scanner

rată de faptul că fiecărui medic expert îi este arondat un anumit teritoriu şi ca atare fiecare medic ştie cui să ceară sprijinul în probleme ce privesc evaluarea capacităţii de prestaţie şi de muncă. Colaborarea este impusă şi de faptul că revizuirile medicale efectuate la cabinetele teritoriale şi la Comisia judeţeană de expertiză medicală şi recuperarea capacităţii de muncă reprezintă momente de analiză a ceea ce s-a realizat recuperator în perioada dintre cele două revizuiri. Expertiza medicală reprezintă deci momentul, recuperarea este o acţiune permanentă.

*

Acţiunea de recuperare depăşeşte barierele tradiţionale ale medicinii. Ea urmăreşte bolnavul, după cum s-a arătat, nu numai în staţionar şi ambulator, ci în mijlocul ambianţei sociale, în activitatea sa productivă, priveşte deci omul ca o fiinţă complexă biopsihosocială. Ea presupune pe lîngă eforturile de a salva bolnavul de la „moartea biologică" şi eforturi care urmăresc măsuri corespunzătoare pentru salvarea deficienţilor şi handicapaţilor de la „moartea socială", adică măsuri sociale şi educativ-profesionale pentru prevenirea stării de dependenţă socială a acestora (O. Berlogea). Recuperarea a devenit posibilă şi necesară în ţara noastră ca urmare a progreselor realizate în organizarea vieţii sociale de la noi, a îmbunătăţirii condiţiilor de viaţă şi de muncă, a îmbunătăţirii securităţii şi asistenţei sociale în ansamblul său, a reducerii efortului fizic în activitatea profesională. Un semnificativ aport aduce posibilitatea de a se crea locuri de muncă după principiile ştiinţifice ale ergonomiei, ceea ce permite ca o mare parte dintre handicapaţi şi invalizi, între care şi femeile cu afecţiuni genitale cronice, să intre în activitatea productivă. Dezvoltarea medicinii şi integrarea sa socială, precum şi realizarea unor institute ştiinţifice şi centre cu scop specific de recuperare, introducerea unei concepţii moderne şi realiste pentru condiţiile specifice asistenţei sanitare actuale şi de viitor de la noi, a creat premizele pentru o activitate de recuperare care să răspundă principiilor amintite.

I.3.A. Evoluţia gîndirii privitoare la activitatea de recuperare a femeilor cu afecţiuni genitale

În forma în care a fost prezentată, recuperarea capacităţii de muncă constituie o concepţie a ultimelor decenii. Ea are însă rădăcini mult mai vechi, ce se pierd în negura timpurilor.

În comuna primitivă datorită slabei dezvoltări a forțelor de producție și ca urmare a lipsei de rezerve alimentare (uneori grupuri întregi de populații erau înfometate), persoanele incapabile de a se întreține erau alungate din colectivitate.

În societatea sclavagistă s-a caracterizat prin oarecare dezvoltare a forțelor de producție și prin crearea unor rezerve de hrană pe seama muncii sclavilor și a robilor.

Grija față de femei, mai ales sub aspect filozofic și estetic, s-a manifestat — este drept sporadic — încă din antichitate. Astfel, în anul 600 î.e.n., preoteasa-poetă Sapho a întemeiat în insula Lesbos, la Mytilene, un pension aristocratic, în care fetele erau instruite în arta de a trăi, de a fi frumoase și plăcute. În acest pension ele erau pregătite pentru căsătorie și viață care era văzută sub trei dimensiuni: iubire, frumusețe și spirit. Nu se punea problema profesionalizării lor.

În secolul al II-lea e.n., Antonius Pius a întemeiat, în memoria soției sale (cunoscută în istorie sub numele de Faustina Maior sau senior) o instituție numită „puellae Faustinae" (fiicele Faustinei) în care erau educate și întreținute tinerele fete sărace.

Încă în societatea sclavagistă începe să se acorde importanță mișcării și muncii. Astfel, Hipocrate spunea: „munca întărește, în timp ce inactivitatea uzează". Valoarea medicală a muncii a fost subliniată și de Galen care spunea: „munca este cel mai bun medic, ea este esențială pentru fericirea omului".

În antichitate, grecii și egiptenii cunoșteau rolul muzicii, dansului și al jocurilor sportive în menținerea, întărirea și refacerea sănătății, atît la bărbați cît și la femei. Se pare că împăratul Cezar a dat primul edict privitor la protecția infirmilor. Acțiuni de recuperare nu s-au întreprins însă în această perioadă fiindcă „era mai rentabil să se cumpere un sclav tînăr, decît să se recupereze unul handicapat".

În evul mediu, societatea feudală disprețuia, odată cu munca fizică, atît pe iobagi, cît și pe deficienți și handicapați. Femeile aveau în cadrul acestei concepții o poziție și mai rea. Boala era considerată ca o pedeapsă dată de Dumnezeu și ca atare o serie de bolnavi, mai ales cei psihici, erau alungați sau izolați în așezăminte speciale, unde duceau o viață foarte grea.

În secolul al XVII-lea, opinia față de invalizi, mai întîi cei de război, a început să se schimbe. La îndemnul ministrului Louvois, regele Ludovic al XIV-lea al Franței a fondat Hotelul Invalizilor în semn de recunoștință față de invalizii de război. În aceeași perioadă au luat naștere și mici societăți de binefacere și de caritate cu caracter particular care se îngrijau de sprijinirea materială a unor infirmi. Din acestea s-a născut ulterior, Asistența publică care a preluat, măcar în parte, sarcina de a ajuta infirmii și invalizii de orice fel.

În secolul al XVIII-lea — către sfîrșitul său, — statul preia sarcina îngrijirii unor handicapați. Paralel se introduce în cîteva centre munca în scop de vindecare, luînd naștere treptat o nouă formă a terapiei: ergoterapia și terapia ocupațională.

În secolul al XIX-lea, munca efectuată de bolnavii psihici a început să fie considerată ca o contribuție la costul întreținerii lor.

În secolul al XX-lea s-a introdus munca ca factor sanogen în majoritatea sanatoriilor cu bolnavi cronici psihici. Între cele două războaie mondiale au luat naștere în S.U.A., Canada, Anglia și alte țări, asociații de specialiști în terapia ocupațională. În anul 1922 a luat naștere organizația mondială „Recuperarea Internațională" care și-a propus ca scop: îmbunătățirea serviciilor

Scanned with OKEN Scanner

de asistență în favoarea persoanelor deficiente. În septembrie 1969 s-a ținut la Dubin (Irlanda) Congresul mondial de recuperare, cînd s-a făcut un bilanț al realizărilor de pînă atunci și s-a stabilit ca deceniul al VIII-lea al secolului nostru să fie numit „Deceniul recuperării". În noiembrie 1967 s-au întîlnit la Praga miniștrii sănătății din țările socialiste în vederea coordonării activității de recuperare și a elaborării celor mai potrivite căi pentru promovarea acesteia și dezvoltarea ei spre a cuprinde cît mai mulți handicapați.

În țara noastră preocupările pentru ajutarea celor infirmi au evoluat paralel cu dezvoltarea socială a societății noastre. Ergoterapia și terapia ocupațională a fost introdusă înainte de cel de-al II-lea război mondial în spitalele de boli cronice pentru deficienții locomotori și psihici (Ineu, Tîrnăveni etc.). După cel de-al II-lea război mondial și mai ales după înființarea Institutului de expertiză medicală și recuperarea capacității de muncă (I.E.M.R.C.M.) din București s-au pus bazele metodologice ale evaluării științifice a capacității de muncă și ale recuperării capacității de muncă.

Preocupările pentru recuperarea femeii au fost sporadice, atît la noi, cît și în străinătate.

Puținele lucrări de pînă acum au abordat numai în mod unilateral aspecte izolate ale recuperării medicale sau socio-economice. Într-o lucrare în care autor este unul dintre noi (Fl. Marin), s-au schițat obiectivele principale și metodologia de expertiză medicală și recuperarea capacității de muncă în afecțiunile organelor genitale (39).

I.3.B. Bazele biopsihice ale recuperării capacității de muncă la femeia cu afecțiuni genitale

Deplina realizare a personalității femeii și activitatea sa productivă este strîns condiționată de starea sa de sănătate care oferă premizele psihobiologice ale randamentului maxim și dispoziția psihică stimulatoare necesară desfășurării în bune condiții a activității familiale și socio-profesionale. Integrarea psihobiologică a femeii ca de altfel și a bărbatului — în mediul ambiant socioprofesional — cuprinde nenumărate influențe care tind să modifice echilibrul homeostazic al organismului. Se creează ca urmare reacții adaptative, care pot atinge proporții considerabile. Mecanismele adaptative de care dispune în prezent organismul uman au fost create lent, în evoluția filogenetică și se perfecționează încă și în cursul ciclului ontogenetic al vieții individuale, prin procesul de maturizare biopsihică și de activitate socială. Mecanismele de protecție și adaptare funcțională dobîndesc frecvent și substrat morfologic, care le conferă eficiență, forță și durabilitate.

Procesele adaptative constituie însăși baza menținerii în viață a organismului. Chiar cînd ele privesc organe și funcții bine delimitate, rămîn totdeauna o rezultantă a participării întregului organism, reglată prin mecanisme neuroendocrine și umorale foarte

Scanned with OKEN Scanner

complexe. Însemnate procese adaptative sînt induse de însăşi activitatea profesională, avînd deci o condiţionare socială. Reuşita acestui tip de reacţii este dependentă de nenumăraţi factori pe care ergonomia îi studiază în prezent cu multă atenţie. Activitatea în condiţii ergonomice are actualmente — ori tinde să aibă din ce în ce mai mult — un important rol sanogen.

Sanogeneza constituie procesul de revenire la starea de echilibru psihobiologic şi social, la sănătate sau la stabilizarea şi compensarea unor deficienţe cu caracter definitiv; implică în orice caz lipsa de progresivitate a bolii.

În sprijinirea proceselor de sanogeneză trebuie acordată importanţă cuvenită factorilor naturali de vindecare, asupra cărora atrăgea atenţia Paracelsus, înglobîndu-i sub denumirea de „medic interior". Aceşti factori sînt cei care asigură vindecarea spontană, exemple ilustrative fiind apărarea imunitară în infecţii sau regenerarea celulară după distrucţii tisulare.

— Un principiu de bază al terapiei constă în stimularea mecanismelor naturale ale sanogenezei. O astfel de influenţă a depăşit de mult faza empirică a terapiei naturale şi posedă astăzi mijloace de activitate extrem de mari.

— A doua modalitate sanogenetică la care recurge medicul este introducerea de substanţe exogene — medicamente — cu acţiuni farmacodinamice adecvate.

— A treia cale prin care se intervine asupra bolii este corectarea chirurgicală a unor anomalii sau excizia segmentelor afectate ireversibil.

— A patra cale de sanogeneză este încadrarea în activitate, la locul cel mai potrivit, în raport cu capacitatea de prestaţie, aspiraţiile fostei bolnave şi nevoile socioeconomice din etapa respectivă şi din regiunea unde va lucra persoana respectivă după recuperarea sa.

— Un alt obiectiv al acţiunii sanogenetice este combaterea reacţiilor nocive (*„destructorem sanitaris"*, în formularea lui Paracelsus) şi a variatelor devianţe psihice pe care le creează boala cronică.

Influenţa factorului psihic — cu deosebire la femei — este considerabilă, atît pentru patogeneză, cît şi pentru sanogeneză. Poziţia sa a fost cu deosebire relevată de afecţiunile zise „corticoviscerale" sau „psihosomatice", unde rolul său declanşator şi cel de întreţinere, s-au impus mai evident şi unde terapia de reechilibrare psihovegetativă a devenit un obiectiv principal. Evaluarea justă a factorului psihic în programul de recuperare are în vedere diverse aspecte de psihologie medicală, psihologie socială şi psihologia muncii.

Scanned with OKEN Scanner

Trebuie să se cunoască în primul rînd poziția subiectivă a bolnavei față de boală și față de consecințele ei socioprofesionale.

Reacția față de suferința propriu-zisă. Majoritatea bolnavelor păstrează proporția dintre amplitudinea manifestărilor și cea a ripostei afective, a interesului și preocupării față de boală. Trebuie însă distinse alarmele exagerate, spontane sau deliberate, ca și tendințele de minimalizare și neglijare, pentru a interveni corectiv.

Reacția față de diagnosticul enunțat depinde în egală măsură de gravitatea acestuia și de personalitatea bolnavei. Explicăm totdeauna atît cît poate fi înțeles pentru a o cointeresa lucid și a o asocia acțiunilor terapeutice. Atenuăm gravitatea situației atunci cînd poate induce reacții negative greu de controlat (cum ar fi enunțarea diagnosticului de cancer). Înainte de a decide propria noastră atitudine, se impune a cunoaște cît mai exact particularitățile psihice ale bolnavei.

Reacția față de tratamentul recomandat. Disciplina și autocontrolul bolnavei sînt mijloace ajutătoare de mare valoare. Cele mai greu depășite pot deveni obstrucțiile față de intervențiile chirurgicale (histerectomii, ovarectomii etc.). În situația cînd acestea apar ca necesare, răsunetul psihic este cu atît mai violent cu cît afecțiunea are o istorie mai scurtă. Tinerele sînt în mai mare măsură afectate de gîndul viitoarei „invalidități" postoperatorii, dacă se întrevede o exereză. Pregătirea bolnavei trebuie să aibă în vedere și înțelegerea oportunității intervenției, familiarizarea cu ideea efectuării ei. Dacă nu este vorba de o urgență, perspectiva chirurgicală se va prezenta mai întîi ca o posibilitate imprecisă, dictată de nereușita tratamentului conservator. Familia bolnavei — îndeosebi soțul — trebuie să devină ajutoare permanente ale medicului.

Reacția față de reîncadrarea în activitate. Marea masă a bolnavelor văd în libertatea de a-și relua activitatea anterioară sau, după necesitate, cu un alt profil, o verificare a declarării vindecării sau în orice caz a trecerii într-o fază de inactivitate a bolii. Există totuși o categorie de bolnave care refuză o decizie de acest gen, care solicită concediu sau pensionare în continuare. Conduita lor este dictată, fie de teama progresării bolii în condițiile reluării eforturilor profesionale, fie de căutarea unui refugiu în boală sau de preferința nemărturisită a comodității unei vieți inactive. Se pot adăuga și motive de ordin social, ca specificul atractiv sau nu al profesiei, al locului concret de muncă, al colectivului respectiv etc. Se interceptează aici uneori reacții care îmbracă o alură de mică și chiar de mare psihiatrie, de tipul psihozei revendicative sau cverulente, a parazitismului social, al izolării față de grup, al sinistrozei

Scanned with OKEN Scanner

depresive, al devianţelor pasive. Nu excepţional scontarea unor anumite beneficii sugerează atitudini de exagerare a manifestărilor morbide şi chiar simularea lor.

În acţiunea de recuperare este bine să se înceapă cu obţinerea încrederii bolnavei şi a cooperării sale. Un aforism hipocratic atrăgea deja atenţia că „bolnavul trebuie să lupte alături de medic împotriva bolii" sau „cel mai bun ajutor al medicului este bolnavul însuşi". Dezvoltarea în bolnavă a dorinţei de a se recupera este cheia acestei acţiuni. Psihoterapia şi sugestia se completează adecvat cu măsuri sedative şi tranchilizante. Crearea unei atmosfere deconectante şi încurajatoare sporeşte forţa acestor acţiuni.

Vindecarea trebuie apreciată în funcţie de restantul morfologic şi funcţional. Ea poate fi uneori doar parţială sau temporară. Evoluţia recurenţială a bolii, sau recidivarea altora, deplasează problema vindecării după un recul de timp necesar, stabilit în mod convenţional la o acalmie de 5 ani. Riscul recidivelor nu este nici în asemenea situaţii favorabile exclus.

Vindecarea biologică trebuie privită doar ca o premisă a redobîndirii sănătăţii depline, a recuperării sub toate aspectele sale, soldată cu integrarea fostei bolnave în viaţa socială şi în profesiune, „proba muncii" fiind martorul cel mai fidel al însănătoşirii. Această integrare este frecvent condiţionată, în cazul multora din bolile genitale cronice, de respectarea unor norme fundamentale de igienă generală şi igiena muncii, eventual de aplicarea unei terapii de întreţinere care nu creează în sine dificultăţi şi nici nu generează sentimente de infirmitate. Este vorba deci de o „sănătate condiţionată".

De conduita corectă a medicului depinde adesea readucerea în activitate a unui mare număr de bolnave cu afecţiuni genitale. Începînd cu diagnosticul morfofuncţional şi etiologic, considerînd pluricauzalitatea obişnuită a bolilor, se continuă cu un tratament individualizat, bine orientat şi complex în care alegerea celei mai potrivite profesii şi loc de muncă are deosebită importanţă.

Din poziţia realistă faţă de boală, justificată fără nici o excepţie pentru toate afecţiunile curabile, derivă şi atitudinea faţă de reîntoarcerea în activitate. Buna cunoaştere a legislaţiei ajută la acceptarea soluţiilor propuse de comisia de expertiză medicală. Evaluarea capacităţii de muncă se bazează pe criterii bine codificate. Reîncadrările de tip special, cu orar redus sau în locuri de muncă protejate, în schimbul de zi sau în echipe cu sediu fix, recalificarea şi reprofilarea, oferă posibilităţi nuanţate de a se rezolva în manieră optimă diversele probleme care se pot ridica. Bolnava trebuie

Scanned with OKEN Scanner

să înțeleagă oportunitatea unei sau alteia din formulele care i se recomandă și să cunoască drepturile care derivă din aplicarea lor. Este de mare importanță să se creeze convingerea utilității unei activități depuse, chiar dacă nu totdeauna este rentabilă, pentru a i se conferi valoarea terapeutică. Readaptarea la viața activă se face uneori cu greutate, lent, prin exerciții ergoterapeutice gradate. Pe această cale persoana handicapată își poate relua locul în societate, și poate dobîndi încrederea în sine și bucuria activității productive. Complexele de insatisfacție și sentimentul de inferioritate, de inutilitate, uneori de povară pentru familie, îngreunează mult acțiunea de recuperare a marilor deficiente. Unele manifestări clinice cum ar fi incontinența de urină pot izola bolnava de cei din jur, accentuînd și mai mult drama pe care ea o trăiește. În asemenea situații calitățile profesionale și morale, tactul familiei și medicului vor reuși totuși să atenueze suferința psihică, preponderentă chiar, prin consolare, dar și mai util, prin resuscitarea interesului față de viața socială, prin sugerarea mijloacelor concrete de a și-o redobîndi.

Înțelegerea suferinței bolnavei, tactul și căldura sufletească a medicului echivalează cu o acțiune terapeutică de o valoare deosebită pentru că: „puterea sufletului omenesc este un medicament pe care nimic nu-l poate întrece" [Gh. Marinescu, citat după (49)]. Trebuie să plecăm de la ideea devenită clasică și cu deosebire actuală în activitatea de recuperare: „medicul vindecă cîteodată, ușurează suferința adesea, dar totdeauna trebuie să consoleze". Terminăm acest capitol citîndu-l pe Paracelsus: „toată medicina este dragoste".

I.3.C. Metodologia recuperării capacității de muncă la femeia cu afecțiuni genitale

Pentru a fi eficiente procedurile recuperatorii — indiferent de deficiență și cadrul nosologic — trebuie să respecte o anumită metodologie care începe cu stabilirea diagnosticului clinic și se termină cu urmărirea și sprijinirea persoanei handicapate pentru ca aceasta să obțină și să păstreze un loc de muncă corespunzător capacității sale psiho-fizice și aspirațiilor sale. Recuperarea bolnavelor cu afecțiuni genitale s-ar putea efectua după următoarea schemă metodologică:

— stabilirea diagnosticului clinic de afecțiune genitală;

— explorarea morfofuncțională în ginecologie;

Scanned with OKEN Scanner

— precizarea gradului deficienței funcționale;
— aprecierea prognosticului afecțiunii genitale;
— analiza locului de muncă;
— investigația în teren;
— evaluarea capacității de muncă și
— stabilirea și urmărirea îndeplinirii planului de recuperare.

Diagnosticul clinic de afecțiune genitală

Se stabilește după conduita practică generală. El trebuie precis formulat, motivat prin examinări clinice și paraclinice. Trebuie să privească întregul organism, să menționeze asociațiile patogenetice și cele întîmplătoare, să cuprindă elemente de etiopatogeneză și de prognostic, să precizeze stadiul evolutiv al îmbolnăvirii și forma clinică sub care se prezintă.

Explorarea morfofuncțională în ginecologie

1. **Anamneza generală** amănunțită, privind:

a) *Antecedentele eredocolaterale,* chestionînd bolnava asupra prezenței, în familie, a unor afecțiuni ca: sifilis, tuberculoză, neoplasme (se va insista asupra celor genitale și în particular asupra celor de la sîn), eredității disgenice, malformații etc.

b) *Antecedentele personale fiziologice și patologice* orientează asupra stării funcționale a organismului în întregime. Nu rareori se găsesc afecțiuni la nivelul diferitelor aparate (respirator, digestiv, cardiocirculator, urinar, nervos sau endocrin), adesea dezvoltate în directă legătură cu acuzele genitale. De la o ginecopată, se pot afla multe date de ordin intim. Se va observa că multe acuze din sfera genitală a femeii au un substrat psihosomatic, ca urmare a alterării ecuației psihoafective a bolnavei. În general, la femeie, stările emoționale și cele conflictuale se manifestă cu predilecție asupra stării genitale.

2. **Anamneza specială** este orientarea asupra funcțiunilor aparatului genital, analizînd următoarele elemente:

a) *Menstruația.* Data apariției primului ciclu menstrual (menarha), ritmicitatea ciclurilor, cantitatea și durata lor, fenomenele de acompaniament la nivelul celorlalte aparate și sisteme. Se va nota data începerii ultimului ciclu menstrual și eventualele anomalii menstruale.

b) *Libidoul.* Se va chestiona bolnava asupra desfășurării vieții sexuale, asupra eventualei existențe a frigidității sau dispareuniei.

Scanned with OKEN Scanner

c) *Sarcinile anterioare,* duse sau nu la termen, vor fi analizate amănunţit în desfăşurarea lor, insistînd asupra vîrstei bolnavei la prima sarcină, a felului cum au decurs sarcinile şi naşterile, asupra eventualelor avorturi, distocii, precum şi asupra felului cum a decurs alăptarea.

d) *Bolile genitale în antecedente* (precum şi tratamentele urmate), sterilitatea primară sau secundară, infertilitatea, eventualele procese inflamatorii genitale sau intervenţii în sfera genitală vor fi de asemenea analizate.

e) *Menopauza,* dacă este cazul. Cînd s-a instalat şi cu ce fenomene de acompaniament.

După terminarea anamnezei, se va interoga bolnava asupra motivului pentru care solicită consultul ginecologic, insistînd asupra marilor simptome din ginecologie: durerea, hemoragia, leucoreea — analizînd amănunţit caracterele lor.

3. **Examenul obiectiv general** pe sisteme şi aparate, va decurge în timpii clasici: inspecţia, palpaţia, percuţia, auscultaţia.

4. **Examenul obiectiv genital** va fi efectuat amănunţit dar cu seriozitate şi blîndeţe, menajînd pudoarea firească a bolnavei. El va cuprinde:

a) *Inspecţia şi palpaţia abdomenului şi a regiunii lombare.*

b) *Examenul vulvei* cu notarea morfologiei: culoarea, troficitatea, eventualele eroziuni sau zone albe (cu deosebire la femeia bătrînă). Dacă există leucoree se va nota abundenţa şi aspectul său. Concomitent se va examina şi perineul.

c) *Tuşeul vaginal* practicat uni- sau bidigital, explorînd în cinci timpi vaginul, colul, fundurile de sac, corpul uterin şi lojile anexiale. Începînd cu timpul al II-lea intervine în examinare şi palparea manuală abdominală.

d) *Tuşeul rectal* este un mijloc de examinare complementar, folosit mai ales la virgine sau pentru aprecierea extinderii unui proces neoplazic.

e) *Examenul cu valvele sau speculul* are drept scop vizualizarea pereţilor vaginali şi a colului, permiţînd evidenţierea unor eventuale leziuni macroscopice existente la acest nivel.

5. **Înregistrarea curbei termice** reprezintă notarea grafică a temperaturii bazale, măsurată în fiecare zi de preferinţă rectal, dimineaţa, înainte de scularea din pat. Ea dă relaţii asupra ovulaţiei. Aspectul normal este dat de prezenţa unei creşteri cu 2—3 zecimi de grade peste 37° în zilele 12—14, calculate de la începutul ciclului. Această denivelare indică prezenţa ovulaţiei.

Scanned with OKEN Scanner

6. **Explorări de laborator generale** vor urmări gradul de anemie, leucocitele, V.S.H., funcţia respiratorie, cardiacă, hepatică, renală, echilibrul coagulolitic etc.

7. **Explorări de laborator speciale:**

a) *Examenul secreţiei vaginale,* prelevată din fundul de sac posterior, are drept scop evidenţierea unor parazitoze (trichomonas, micoze) sau a infecţiei bacteriene. Se efectuează extemporaneu la microscop, dintr-o picătură de secreţie diluată cu ser fiziologic. Există o gamă de 4 grade de puritate.

b) *Examenul bacteriologic şi antibiograma din secreţia vaginală* se efectuează după tehnicile uzuale bacteriologice şi are ca scop evidenţierea microbilor implicaţi în procesele inflamatorii de la acest nivel.

c) *Examenul citotumoral* (Babeş-Papanicolau), constă din studiul microscopic al unui frotiu recoltat la nivelul colului uterin şi are ca scop depistarea leziunilor maligne. Există cinci tipuri de frotiu. Tipurile I şi II sînt negative pentru neoplasm; tipul III prezintă celule modificate, suspecte; tipul IV şi V sînt cert de natură canceroasă. În cazul suspiciunii unui neoplasm se va determina antigenul carcinoembrionar şi polarograma.

d) *Examenul citovaginal hormonal,* efectuat după recoltarea secreţiei vaginale în zilele 7—14—21—27 a ciclului menstrual, pune în evidenţă prin coloraţia Papanicolau elemente celulare de trei tipuri: bazale (rotunde), intermediare (eliptice) şi superficiale (poliedrice). Impregnarea hormonală se apreciază prin stabilirea procentului celulelor acidofile (indicele acidofil) şi a indicelui picnotic. Se apreciază de asemenea modul de descuamare şi aspectul celulelor, ce pot fi plate sau plicaturate precum şi prezenţa polinuclearelor, a florei vaginale şi gradul de puritate. Factorii chimici, mecanici, infecţioşi şi parazitari, denaturează aspectul frotiului, mărind indicele picnotic.

Frotiul vaginal este un test fidel pentru aprecierea variaţiilor hormonilor estrogeni. În faza foliculinică, indicele acidofil creşte progresiv din ziua a 5-a cînd se situează între 5 şi 12%, la 20—30% în ziua de 7-a şi la 50—55% în perioada ovulaţiei. Indicele picnotic creşte paralel ajungînd în perioada ovulaţiei la 60—80%.

În faza foliculo-luteinică, cînd apare şi secreţia de progesteron, indicele acidofil şi picnotic scad cu circa 30—40%, crescînd din nou după ziua a 21-a a ciclului.

e) *pH-ul vaginal* are următoarele valori fiziologice: 4 la pubertate; 4,8 în ciclu; 4,2 la ovulaţie; 4,6 în sarcină; virînd spre alcalin 7—7,8 în menopauză. Procesele infecţioase sau tumorale modifică pH-ul vaginal în sens alcalin.

Scanned with OKEN Scanner

f) *Examenul glerei cervicale* urmăreşte aprecierea cantităţii, transparenţei, vîscozităţii şi cristalizării acesteia pe lamă. Toţi aceşti parametri variază în funcţie de perioada ciclului menstrual.

g) *Spermograma* este o examinare extrem de importantă pentru explorarea cazurilor de sterilitate conjugală. Valori normale: cantitatea 3—5 ml, culoarea opalescentă, lichefierea după circa 5 minute, pH alcalin, circa 7,5; număr de spermatozoizi 60—150 milioane/ml, spermatozoizi imobili mai puţin de 30%, anormali mai puţin de 25%, mobilitate şi după 20 ore.

h) *Reacţii de sarcini:*

— *biologică* — pe broscoi (Galli-Mainini) — constă în injectarea a 5 ml de urină în sacul limfatic şi sondarea cloacei după 45 minute. Prezenţa spermatozoizilor denotă existenţa unei sarcini;

— *imunologică* — are ca principiu punerea în contact a urinei cu anticorpi antihormoni corionici. Preparatele existente la noi: *Gravindex, Pregnostisec.*

i) *Dozarea hormonilor sexuali,* în diferite perioade ale ciclului menstrual, precum şi valoarea acestor dozări, constituie preocupări ale medicilor de specialitate endocrinologi şi ginecologi.

8. **Explorări instrumentale**

a) *Histeroscopia* practicată în condiţii aseptice oferă relaţii asupra mărimii şi formei cavităţii uterine.

d) *Dilatarea colului* este o manoperă necesară în caz de modificări obstructive cervicale sau ca prim timp în cadrul unui raclaj al cavităţii uterine. Se execută cu dilatatoare metalice Hégar sau laminarii.

c) *Raclajul bioptic* are drept scop extragerea de mucoasă uterină pentru examen histopatologic. Este contraindicat în inflamaţiile acute. Se poate executa şi fără dilatarea colului, cu sonda Novack.

d) *Biopsia de col, vagin sau vulvă* se execută cu bisturiul, foarfeca sau pensa de biopsie Faure, din locurile unde bănuim existenţa unei leziuni neoplazice.

e) *Puncţia fundului de sac Douglas* poate avea rol diagnostic pentru precizarea naturii unor colecţii sau formaţiuni din Douglas, sau terapeutic prin introducerea unor substanţe antimicrobiene.

f) *Insuflaţia utero-tubară cu bioxid de carbon sau oxigen* permite realizarea unui grafic care dă relaţii asupra permeabilităţii tubare. Ea nu se poate executa în prezenţa unor procese inflamatorii. Presiunea de insuflare nu va depăşi 200 ml Hg.

g) *Histerosalpingografia* constă în injectarea endouterină a unei soluţii radioopace (iodată) hidro- sau liposolubilă şi efectuarea unei serii de radiografii pe care se obţine imaginea cavităţii uterine şi

Scanned with OKEN Scanner

a trompelor. Permeabilitatea tubară este evidențiată prin proba Cotte (radiografie a bazinului la 10 minute sau 24 de ore după injectare, în funcție de substanța folosită).

h) *Colposcopia* permite urmărirea colului și vaginului prin intermediul unui aparat optic, ce oferă imagini mărite de 10—30 ori (fotocolposcopul I.O.R.). Este o metodă extrem de utilă pentru diferențierea leziunilor, benigne sau maligne ale colului uterin.

i) *Colpomicroscopia* este o variantă a colposcopiei, aparatul utilizat permițînd obținerea unor imagini mult mărite.

j) *Celioscopia* permite vizualizarea organelor genitale interne prin intermediul unui aparat de tip endoscop introdus transabdominal, după prealabila creare a unui pneumoperitoneu. Explorarea se execută în narcoză și în condiții de asepsie chirurgicală. Dotarea aparatului permite prelevarea de fragmente de organe pentru biopsie, precum și efectuarea unor mici intervenții chirurgicale.

k) *Culdoscopia* folosește aceleași principii și aparatură ca și celioscopia, cu diferența că aparatul este introdus prin fundul de sac Douglas.

l) *Ginecografia* este o pelvigrafie gazoasă, care pune în evidență contururile externe ale organelor pelviene (vezică, uter, ovare). Radiografiile executate permit evidențierea diferitelor procese tumorale sau deformări apărute în micul bazin.

m) *Limfografia* constă în principiu din injectarea lentă a unei substanțe de contrast în sistemul limfatic. Necesită aparatură specială. Este utilă pentru evidențierea metastazelor, pentru urmărirea evoluției ganglionilor după limfadenectomie și pentru urmărirea efectelor tratamentului prin iradiere.

n) *Arteriografia pelviană* evidențiază modificările rețelei arteriale la nivelul pelvisului produse de procese tumorale, permițînd aprecierea extinderii acestora. Constă în principiu în injectarea intraarterială (direct în aortă sau retrograd prin artera femurală) a unei substanțe de contrast și efectuarea rapidă a unor radiografii (seriografii).

o) *Flebografia* constă în evidențierea rețelei venoase pelvine prin injectarea unei substanțe de contrast. Căile de injectare sînt diferite după procedeu (intravenos, intrauterin, transosos). Pe lîngă faptul că permite, ca și arteriografia, evidențierea unor procese tumorale la nivelul micului bazin, flebografia este singura metodă nesîngerîndă care permite evidențierea varicocelului pelvian.

p) *La fetițe, examenul ginecologic poate fi completat cu vaginografia,* în cazul malformațiilor aparatului genital extern, în particular cînd există un sinus urogenital.

Scanned with OKEN Scanner

r) *Ecografia* aduce un plus de precizare privitoare la diagnosticul tumorilor pelvine în sensul existenței tumorii, a dimensiunilor, a naturii sale solide sau lichide, a sediului, uterin sau anexial și a caracterului benign sau malign a acesteia.

Pentru explorarea funcțională a aparatului genital nu s-au descris probe de efort. Cunoaștem însă o probă care s-ar putea numi *„explorarea capacității de efort termic la lampa Sollux"*. Aceasta a fost propusă de Haupt și Zinser, pentru a depista eventualele procese acute sau subacute genitale care scapă celorlalte investigații (24).

Tehnica este următoarea: se termometrizează bolnava axilar și rectal, apoi se expune abdomenul său la intensitatea maximă a lămpii Sollux timp de 15 pînă la 20 minute după care se face din nou termometrizarea concomitentă axilară și rectală. În condiții fiziologice după această expunere nu apar creșteri ale temperaturii, decît eventual cu totul nesemnificativ sub 1°C. În prezența unui proces inflamator activ apare o diferență: crește temperatura peste 1°C, cea rectală situîndu-se deasupra valorii de 37°C. În această situație nu se indică băi de nămol, ci se efectuează tratamentul pentru stingerea procesului inflamator, care s-a dovedit, prin tehnica amintită, că este încă activ.

Este de dorit ca examenul ginecologic să se efectueze anual după începerea vieții sexuale, dar el devine necesar după vîrsta de 25 ani. Frecvența sa va fi dictată în funcție de context și rezultate.

În particular un examen de col sau un frotiu anormal va fi controlat prin colposcopie și biopsie. Displaziile vor fi revăzute la intervale de trei luni — eventual la șase luni — după gravitatea lor (58).

Examenul ginecologic sistematic și periodic trebuie să facă parte dintre examinările care constituie „bilanțul stării de sănătate a femeii".

Precizarea gradului deficienței morfofuncționale

Este obligatorie și are o deosebită importanță. Cuantificarea acestei deficiențe reprezintă sinteza de ordin funcțional obținută din examinările efectuate. Trebuie precizată deficiența funcțională, gradul ei, care sînt rezervele funcționale de care mai dispune bolnava, care este mecanismul producerii deficienței și dacă aceasta este reversibilă sau nu. *Interesează să precizăm cît s-a pierdut din morfologia organului genital, precum și cauza care a determinat această pierdere, dar interesează într-o măsură și mai mare ceea ce a rămas din morfofuncționalitatea sa, care sînt perspectivele de evoluție în viitor ale acestui restant morfofuncțional. Pentru evaluarea cantitativă a deficitului funcțional în afecțiunile aparatului*

Scanned with OKEN Scanner

genital nu trebuie omis răsunetul pe care afecțiunea îl are asupra restului organismului, asupra stării generale și în mod deosebit asupra psihicului femeii, care face uneori dificilă readaptarea familială și socioprofesională a acesteia. În funcție de gradul deficienței morfofuncționale se evaluează capacitatea de muncă și se alcătuiește planul complex de recuperare.

Aprecierea prognosticului

Prognosticul este diagnosticul viitorului bolnavului. În toate timpurile i s-a acordat o importanță mare. Hipocrat i-a rezervat una din lucrările sale. Stabilirea prognosticului este, așa cum sublinia I. Hațieganu, o problemă grea pentru medic, necesită o vastă experiență clinică, cunoștințe temeinice de fiziopatologie și în același timp o judecată clară, un bun simț clinic, un înalt nivel al cunoașterii științei și tehnicii actuale, imaginație, luciditate și prudență. Se diferențiază:

a) **Prognosticul imediat:** *„quo ad vitam"* — dacă rămîne sau nu în viață — (care poate să fie la rîndul său);

— *bun* cînd se prevede o însănătoșire sigură și fără urmări;

— *rezervat* cînd se presupune că afecțiunea va evolua o perioadă mai îndelungată, va lăsa urmări și cînd în general nu există certitudinea evoluției favorabile a bolii;

— *infaust* cînd se prevede o evoluție defavorabilă, exitusul, sau cînd acesta este iminent.

b) **Prognosticul indepărtat:** *„quo ad sanationem"*, înseamnă prevederea unei vindecări complete din punct de vedere clinic și cu „restitutio ad integrum" din punct de vedere morfologic, sau prevederea unei vindecări cu urmări.

c) **Prognosticul în ce privește durata vieții:** *„quo ad longitudinem vitae"*. Are o deosebită importanță în fixarea planului de recuperare, se referă la durata vieții persoanei respective.

d) **Prognosticul capacității de muncă:** *„quo ad laborem"*. Are o deosebită importanță pentru activitatea de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă, întreaga activitate bazîndu-se de fapt pe stabilirea acestuia. Este necesară cunoașterea organismului în întregime. În ultimii zeci de ani, prognosticul multor boli genitale s-a ameliorat prin introducerea noilor posibilități terapeutice. Tuberculoza genitală se vindecă în prezent, ca și o mare parte din cancerele genitale, dacă sînt diagnosticate în timp util și sînt tratate corespunzător.

Scanned with OKEN Scanner

În formularea prognosticului o atenție deosebită se acordă tumorilor ovariene așa-zise „de graniță" care trebuie însă înțelese la granița tumorilor maligne, nu în cadrul celor benigne. Acestea dau metastaze abdominale la mai mulți ani, chiar la zeci de ani, de la ablația chirurgicală a tumorii primitive. Ele îmbracă uneori aspectul unor tumori chistice care adesea în cadrul explorărilor de rutină se puncționează în scop de diagnostic. După aceste puncționări s-au descris însămînțări peritoneale sau digestive. Se impune o mare atenție, precum și introducerea în practica de fiecare zi a explorărilor imunologice înaintea acestor puncții. Observații recente efectuate în cadrul medicinii interne, mai ales a gastroenterologiei, dar și a ginecologiei, au evidențiat creșterea antigenului carcinoembrionar și creșterea piscului polarogramei în tumorile maligne și cu deosebire în cazul existenței unor metastaze. Aceste dozări au și o importanță prognostică; pozitivitatea lor o perioadă de cîteva luni postoperator este un semn că mai sînt metastaze care au rămas neextirpate.

Chirurgii cu mare experiență au afirmat de mult că „tumorile vegetante ovariene dau adesea surprize rele" și că ele au evoluție imprevizibilă.

La alcătuirea planului de recuperare se va orienta după prognosticul stabilit individualizat, interpretat în cadrul mediului social și profesional în care trăiește și activează bolnavul.

În afară de prognosticul morfofuncțional, interesează și prognosticul afectiv și psihologic al persoanei de recuperat. În stabilirea planului de recuperare trebuie să se țină seama de prognosticul afectiv și psihologic, care are o importanță covîrșitoare, deoarece echipa de recuperare întîmpină deseori greutăți cu caracter psihologic. Adesea acțiunea de recuperare trebuie să înceapă cu tratamentul devianțelor psihice, mai des pasive ale bolnavei. Pe întreaga perioadă de recuperare trebuie combătută așa-numita neuroză de pensionare *(Rentenneurose).* Unei bolnave căreia i s-a aplicat tratamentul corespunzător și în timp util, care respectă planul terapeutic indicat, regimul igienico-dietetic, are un psihic echilibrat, condiții de viață bune și o profesie potrivită, i se poate formula în general un prognostic bun.

Analiza locului de muncă

Locul de muncă este mediul în care lucrează o persoană în mod obișnuit, adică spațiul împreună cu utilajele, uneltele și mobilierul necesar realizării unei activități de către un executant. În cadrul locului de muncă se includ și condițiile ambientale de lucru.

Scanned with OKEN Scanner

O clasificare acceptabilă a locurilor de muncă este aceea în care se consideră solicitările energetice, locomotorii, psihice, de coordonare şi senzoriale ale locului respectiv de muncă interpretate în cadrul condiţiilor ambientale date.

Solicitările energetice şi locomotorii profesionale se calculează plecîndu-se de la:

— postura (poziţia în procesul muncii);
— deplasările posturale în timpul activităţii;
— gestualitatea (prehensiunea şi apăsarea);
— deplasările gestuale şi amplitudinea lor în timpul activităţii profesionale.

Solicitările psihice se calculează în funcţie de timpul şi de gradul de solicitare a atenţiei, raţionamentului, automatismelor, ritmului de activitate profesională şi a pericolului conştient prezent în timpul activităţii profesionale.

Solicitările senzoriale şi de coordonare se apreciază în raport cu gradul de folosire a organelor de simţ şi a sistemului nervos în activitatea profesională.

Condiţiile ambientale constituie factorii extrinseci ai locului de muncă.

Investigaţia de teren

Constituie una din cele mai utile mijloace de cercetare pentru cunoaşterea bolnavei şi pentru evaluarea capacităţii de muncă. Ea poate fi folosită în oricare specialitate medicală şi se efectuează:

— *la domiciliul bolnavei;*
— *la unităţile sanitare, unde s-a tratat;*
— *la locul de muncă.*

Scopul ei este cunoaşterea stării de sănătate, a condiţiilor de viaţă şi de muncă ale bolnavei, precum şi pentru aprecierea justă a acuzelor sale. *Nu trebuie să aibă un caracter de anchetă poliţienească, ci trebuie să fie o cercetare medico-socială făcută cu competenţă, cu discreţie şi obiectivitate.*

Investigaţia de teren la domiciliu

Se face la domiciliul bolnavei, în scopul cunoaşterii stării sale de sănătate şi de viaţă, precum şi a membrilor familiei sale, privitoare la:

— *momentul îmbolnăvirii,* istoricul bolii, tratamentele efectuate şi rezultatul lor, concediile primite, trecerea în invaliditate, eventualele activităţi în perioada de invaliditate, modul cum îşi petrec timpul liber;

Scanned with OKEN Scanner

— *eventualele probleme familiale conflictuale,* probleme de dezadaptare socială, alcoolismul, carenţele economice, alimentaţia, pregătirea profesională, ruta profesională, dacă ar dori să se reîncadreze în activitate.

Informaţiile se culeg de la bolnava însăşi, de la membrii familiei sale, de la vecinii de apartament, de la cei care locuiesc în aceeaşi curte, vecini etc.

Investigaţia de teren la locul de muncă

Aduce informaţii asupra locului de muncă a persoanei de expertizat, asupra solicitărilor energetice, psihice şi senzoriale, a condiţiilor de activitate: microclimat, noxe profesionale, ritmul de muncă, comportamentul bolnavei, relaţiile sale cu colegii de muncă (subalternii sau superiorii), asupra atitudinii faţă de muncă, a productivităţii (cantitativ, calitativ), absenteismului (din motive de boală sau alte motive), iniţiativa în muncă. Se vor nota preocupările profesionale şi extraprofesionale ale bolnavei, distanţa domiciliu — loc de muncă şi mijloacele de locomoţie pe care le foloseşte.

Investigaţia de teren la unităţile sanitare

Este utilă în cunoaşterea istoricului bolii, în raportarea datelor medicale la cele sociale şi pentru stabilirea datei ivirii invalidităţii.

Se face la unităţile medicale unde a fost tratată sau investigată bolnava (spitale, policlinici şi dispensare). Se stă de vorbă cu medicul care a tratat bolnava privitor la timpul de observaţie şi ritmul consultaţiilor. Se menţionează părerea sa asupra bolnavei, a diagnosticului şi mai ales a prognosticului. Se fac extrase din fişele medicale, din foaia de observaţie şi se menţionează concediile de boală eliberate: data, durata şi diagnosticul pentru care s-a acordat concediul medical. Toate aceste date vor fi interpretate şi corelate în ansamblul general al bolnavei.

I.3.D. Afectivitatea feminină. Răsunetul psihoafectiv al bolilor organelor genitale. Importanţa acestora pentru recuperarea capacităţii de muncă. Psihoterapia

Intensitatea vieţii afective la femeie se manifestă în principal prin profunzimea sentimentului de iubire maternă, de ataşament faţă de familia sa şi prin sentimente afective şi estetice mai pu-

Scanned with OKEN Scanner

ternice ca la bărbaţi (62). Reacţiile mimice emoţionale sînt mai puternice la femei, la care palpitaţiile, roşeaţa feţei, tremorul degetelor, apare mult mai frecvent la traume afective. Stările nevrotice şi tulburările funcţionale somatice se observă mai des la femei decît la bărbaţi (62).

Mobilitatea afectivă a femeii a fost întotdeauna cunoscută. Romanii spuneau: *„Varium et mutabilae semper femina"*. Femeia este „o fiinţă afectivă şi instabilă, vegetativă şi periodică" (Vachet), sau „femeia este ca vremea" sau *„La donna e mobile"*. Această mobilitate afectivă este influenţată şi la rîndul ei influenţează afecţiunile organice şi/sau funcţionale de care suferă femeia.

La majoritatea bolnavelor cu afecţiuni ale organelor genitale apar tulburări psihoafective (un oarecare grad de puerilism şi de instabilitate afectivă alături de devierea interesului sexual), precum şi tulburări neurovegetative şi psihopatologice accentuate premenstrual; irascibilitate, labilitate afectivă, emotivitate, anxietate, uneori stări hipomaniacale (28), (64). Mai des fenomenele îmbracă un aspect nevrotiform (49). Emotivitatea, mai corect hiperemotivitatea, domină sfera afectivă a femeii cu deosebire în perioada pubertară, premenstruală, în timpul sarcinii, în preclimacteriu şi în menopauză. Din cauza hiperemotivităţii lor, femeile plîng uşor, leşină repede şi fac mai des tulburări psihosomatice, mai ales cele cu boli genitale, biliare sau intestinale. În ultimele decenii s-a vorbit de „pelvipatia vegetativă" şi de „neurodistonia pelviană", iar mai recent de „neurastenia genitală".

Mai mult decît în cursul altor boli, la bolnavele cu afecţiuni genitale apare şi se dezvoltă „sentimentul de boală", constituit dintr-un grup de simptome vagi dureroase şi cenestopatice, ce creează o stare de disconfort.

Multe *algii pelviene* au o origine psihică (Ernst, Michel-Wolfromm, citat după 50). S-au descris nevralgii vulvare psihogene (Bolgert) şi lombalgii psihogene determinate, după Condrau, de o atitudine negativă pe care o au unele femei faţă de muncă. În dismenoree şi amenoree apare sindromul psihosomatic destul de bine conturat.

Dispareunia (durere violentă ce apare la femei în timpul raportului sexual) este datorită fie unor cauze anatomice sau de statică (în cazul dispareuniei primare), fie este provocată de leziuni inflamatorii ale organelor genitale externe sau interne (în cazul dispareuniei secundare). Ea creează femeii o stare nevrotică intensă, mai cu seamă dacă aceasta nu realizează că este suferindă de o gine-

Scanned with OKEN Scanner

copatie. Lipsită de orgasm, ea simte frustarea în mod intens și treptat apar tulburări psihice mai des de tip depresiv-anxios.

Intervențiile pe organele genitale și în mod deosebit pierderea uterului, a ovarelor, ca și a sînului, sînt greu suportate de femeie care se teme că-și pierde feminitatea, din care cauză apar variate forme de nevroză — mai ales de aspect histeric — și o serie de devianțe psihice.

Bolile genitale ce evoluează cu dureri dereglează bolnava multilateral: sexual, familial, economic și social. Cu cît aceste dureri sînt mai mari, cu atît dorința ei de însănătoșire este mai mare, dar și posibilitatea de nevrozare crește.

Bolnavele cu fistule genitale interne (genito-intestinale sau genito-urinare) *sau externe,* pun pe lîngă probleme medicale, o serie de probleme sufletești și socioprofesionale de care trebuie să se țină seama la alcătuirea planului de recuperare. Din aceste motive în recuperarea femeii cu afecțiuni genitale se acordă un rol important psihoterapiei, educației sanitare și socioculturii.

În perioada gravido-maternității pot apare o serie de tulburări psihice care au fost grupate astfel (C. Ionescu, 28): modificări psihice, tulburări nevrotiforme și tulburări psihotiforme. Aceste tulburări trebuie bine cunoscute de obstetricieni deoarece „nimeni nu este obstetrician dacă nu este fiziolog și psiholog".

Abordarea psihosomatică în toate specialitățile medicale și cu deosebire în obstetrică și ginecologie este de mare însemnătate în psihoterapie. Ea trebuie să se adauge celorlalte mijloace de explorare și să-și găsească locul cuvenit în terapie.

Experiența arată — și în cazul bolilor genitale — că tonusul psihic se păstrează prin:

— educare pentru un ritm de viață adaptat situației create de boală: „acomodarea la boală";

— exerciții de relaxare în cadrul trainingului autogen și

— convorbiri terapeutice.

Bolnava trebuie să primească „ajutor pentru auto-ajutor". Ea trebuie să fie ajutată să-și biruie și să depășească propriile probleme prin autodezvoltare și autohotărîre (45).

Acomodarea la situația creată de boală și voința de a se recupera este problema centrală în recuperarea femeilor, în special a celor cu afecțiuni genitale. Este necesară colaborarea (în modul cel mai înalt) între medicul de specialitate ginecolog, psiholog, psihoterapeut, bolnavă și aparținătorii săi. Psihoterapeutul are un important rol în creșterea dorinței de recuperare a bolnavei, pentru colaborarea medic—bolnavă—aparținător, pentru modificarea per-

Scanned with OKEN Scanner

sonalității sale deviante, pentru reorganizarea vieții sale. Terapia de comportament și de relaxare constituie una din mijloacele sale principale care pentru a fi eficiente trebuie să fie convingătoare. Șansele de reușită cresc dacă pacienta simte sinceritatea și competența medicului curant (45).

Într-o lucrare recentă, D. Labrousse (38) descrie tulburările funcționale și psihice cu răsunet asupra organelor genitale la femeie în felul următor:

a) *Tulburări sexuale* ce se manifestă sub cele trei mari categorii clasice: frigiditatea, dispareunia și vaginismul.

b) *Algii psihogene* sub formă de algii lombopelviene (algii pelviene de origine histerică și algii psihogene reacționale) și algii cisto-perineo-vaginale, pruritul vulvar și algiile postmenopauză.

c) *Tulburări ale menstruației:* menometroragii și amenoreea psihogenă cu consecințele sale sterilitatea sau avorturile repetate.

În toate aceste situații este necesară psihoterapia, ce se adaugă tratamentului etiopatogenetic și simptomatic și care trebuie să fie urmată o perioadă îndelungată. Trainingul autogen (J. H. Schultz), hipnoza funcțională, hipnoza activă (E. Kretschmer), autorelaxarea progresivă (L. Jacobson) și reglarea activă a tonusului (Stokvis), ca și colaborarea familiei bolnavei, în special a soțului, sînt deosebit de utile în recuperarea femeii cu afecțiuni genitale și îndeosebi a celor cu afecțiuni psihice cu răsunet în sfera genitală (12), (46). Terapia autogenă a dat bune rezultate în durerile premenstruale și menstruale (11).

Eficiența psihoterapiei depinde în mare măsură de relația care se stabilește între bolnavă și medic. Bolnava trebuie să fie ascultată de medic cu interes, competență și răbdare, să fie lăsată să vorbească fără întrerupere, să fie determinată să-și înțeleagă propria boală (eventual prin desene) și mai ales să înțeleagă că boala sa este recuperabilă. Unele acuze dispar după astfel de discuții psihoterapeutice. H. Mayer a susținut de multă vreme că numeroase simptome ginecologice nu sînt de origine genitală, ci „esența bolii este un conflict psihic, care plutește sub drapel ginecologic". Ajutorul psihoterapeutului pentru depășirea situațiilor conflictuale, de către bolnavă și familia sa, fac obiectul a ceea ce se numește „psihoginecologia rațională" a cărei aplicare în practică ar trebui să fie mult mai larg folosită. Explicația acestor observații unanim recunoscute, constă în comanda inervației organelor genitale care se găsește la om în diencefal, ceea ce constituie veriga care unește conștientul de subconștient.

Scanned with OKEN Scanner

I.3.E. Capacitatea de prestaţie a femeii cu afecţiuni genitale.

Principii generale

Evaluarea capacităţii de prestaţie a femeii cu afecţiuni genitale trebuie privită în cadrul general al problemei ce se referă la capacitatea de prestaţie a femeii sănătoase — în comparaţie cu bărbatul de aceeaşi vîrstă — şi considerînd influenţa pe care le au asupra acesteia activitatea profesională, afecţiunile genitale, precum şi situaţiile fiziologice: menstruaţia, sarcina, naşterea şi lăuzia. Deosebirile dintre femei şi bărbaţi sînt multiple: anatomice, fiziologice, fiziopatologice şi psihice din care derivă şi deosebirile sociale.

Redăm cîteva date esenţiale privitoare la particularităţile morfo-psihofuncţionale ale femeii — deosebite de ele ale bărbaţilor — din care reies limitele capacităţii sale de prestaţie (8), (34), începînd cu prezentarea tipurilor constituţionale.

Tipurile reprezentative de femei şi răsunetul lor asupra capacităţii de prestaţie:

— *Femeile încadrate în tipul feminin* datorită unei activităţi echilibrate fac faţă bine la solicitările locului de muncă.

— *Femeile care aparţin tipului astenic* datorită hipotoniei generale nu pot depăşi media realizărilor.

— *Femeile încadrate în tipul picnic* prezintă o bună capacitate de adaptare la efort şi realizează în tinereţe bune rezultate. După vîrsta de 35—40 de ani însă, capacitatea lor de prestaţie scade datorită tendinţei la obezitate, varice, tulburări circulatorii cu consecinţele şi complicaţiile lor cu potenţial invalidant.

— *Femeile ce aparţin tipului intermediar* reprezintă intricări ale tuturor tipurilor cu consecinţe asupra capacităţii de prestaţie, în funcţie de participarea fiecărui tip.

Deosebirile anatomice între sexe stau la baza capacităţii de prestaţie mai scăzută pentru femei, cu deosebire la activităţi ce solicită eforturi energetice şi locomotorii mari şi de durată îndelungată.

Talia, greutatea, aparatul osteo-ligamento-muscular, viscerele, lungimea şi grosimea membrelor sînt mai reduse cu 10—35% decît media la bărbaţii de aceeaşi vîrstă. Bazinul femeii este mai lat şi mai scurt decît al bărbatului, iar planşeul bazinului este mai puţin rezistent la creşterea presiunii intraabdominale. Din cauza formei bazinului, femeia are tendinţa la o poziţie în X a membrelor inferioare ceea ce explică capacitatea ei de alergare mai redusă ca la bărbat. Femeile de talie egală cu bărbaţii au în jur de 80% din forţa musculară masculină.

Scanned with OKEN Scanner

Uterul, ovarele, organele genitale în general cu multiplii interoreceptori și legături cu viscerele și întregul sistem neuroendocrin, constituie deosebirea cea mai importantă față de bărbat (33).

Femeia este mai sensibilă la acțiunea substanțelor chimice și la expunerea la temperaturile din afara zonei de confort. Frigul determină o antiperistaltică genitală ce poate transporta bacterii sau secreții menstruale iritante spre trompe sau spre peritoneu, contribuind astfel la instalarea unor procese inflamatorii genitale. În climacteriu frigul predispune la angiospasme, uneori crize anginoide sau paloarea degetelor la mîini și picioare, similare cu ceea ce se vede în sindromul Raynaud. Temperaturile ridicate favorizează în schimb bufeuri de căldură (mai ales în perioada climacteriului). Femeia, mai ales cea cu afecțiuni genitale, în perioada ciclului menstrual este mult mai sensibilă la mediu cu trepidații, iradiații, ultrasunete, la vibrații și cîmpurile electromagnetice. Aceste noxe, profesionale sau extraprofesionale, sînt responsabile și de apariția unor malformații congenitale, motiv în plus pentru combaterea lor. Creșterea numărului copiilor care se nasc cu deficiențe fizice, senzoriale sau psihice este datorită în mare parte unor factori nocivi: iradiații, antibiotice și alte preparate, sau poluării atmosferei, apei și solului. Pentru a fi eficiente, măsurile de profilaxie trebuie să înceapă înainte ca femeia să devină gravidă prin controlul femeii și bărbatului care doresc să aibe copii (33). Nocivă este și viața trepidantă în familie sau la locul de muncă, microtraumatismele, supratensiunea, insomniile, teama și anxietatea (37).

Deosebirile fiziologice între sexe. Dacă la bărbat funcțiile fiziologice rămîn aproximativ liniare — neschimbate sau lent schimbate în viață — la femei acestea prezintă o continuă unduire determinantă de ciclul menstrual cu răsunet nemijlocit asupra capacității sale de prestație, care evoluează pe fondul unor modificări morfofuncționale care cresc pînă la maturizare, apoi scad. Se are în vedere aici maturizarea biologică (somatică) care se realizează în jurul vîrstei de 18 ani, maturizarea psihoafectivă se realizează în jur de 20 ani, iar maturizarea socioprofesională numai după vîrsta de 20 ani (între 21 și 26 ani) (64).

Apogeul activității profesionale survine în medie în jurul vîrstei de 35 ani, cînd a ajuns și la apogeul activității sale sexuale. Durata activității profesionale se prelungește însă mult peste limite — pînă la 55 ani — și chiar peste această vîrstă. Intervine deci o perioadă de aproximativ 20 ani în care timp capacitatea sa de activitate scade, în timp ce solicitările profesionale se mențin ridicate sau chiar cresc. Îmbătrînirea precoce a femeii din mediul agricol este determinată în mare parte de suprasolicitările predominant energetice

Scanned with OKEN Scanner

ce încep în jurul vîrstei de 15—16 ani și se prelungesc mult în decursul vieții, iar îmbătrînirea timpurie a femeii din mediul urban este datorită în mare parte suprasolicitărilor predominant psihice care încep de asemenea din adolescență.

Capacitatea de muncă (C.M.) trebuie deci privită și în funcție de vîrsta femeii. Se consideră: *o vîrstă calendaristică* (cronologică), cea înscrisă în acte; *o vîrstă fiziologică-biologică* dată de modificările molecular-celular-tisulare și viscerale (a cărei viteză este determinată se pare genetic); *o vîrstă psihică,* cea pe care „o simte", și o *vîrstă socială,* în funcție de timpul cît persoana este utilă societății. S-a spus că „omul are vîrsta arterelor sale coronare, cerebrale, renale, mezenterice și periferice". Dacă la bărbat, adevăratul tendon al lui Achile este plămînul, la femeie acesta ar putea să fie uterul și sistemul neuroendocrin.

Capacitatea de prestație crește treptat pînă la vîrsta de 30—36 de ani pentru activități care solicită predominant efort energetic și pînă către vîrsta de 40 ani pentru activități care solicită predominant eforturi psihice. După vîrsta de 40 ani totul apare mai dificil, se produce o scădere treptată a valorilor funcționale cu 0,5—1,3% pe an.

Deosebirile fiziopatologice între sexe se reflectă în patologia oarecum deosebită față de cea a bărbatului. Femeile rezistă mai bine la durerile fizice și psihice, între 20—30 și 70—80 de ani și sînt mai puțin expuse la diferite suferințe decît bărbații de aceeași vîrstă, în schimb ele sînt mai sensibile între vîrsta de 10—20 ani și 50—60 de ani, față de bărbații de aceeași vîrstă.

O serie de afecțiuni sînt mai frecvente la femei: anemiile, tumorile genitale și de sîn, obezitatea, colecistopatiile, enteroptozele, constipația, colonopatiile, rectocolita hemoragică, psihozele, valvulopatiile mitrale, poliartrita reumatoidă etc.

Deosebirile psihice între sexe sînt condiționate în mare măsură de educație, precum și de întreaga viață biosocio-profesională a femeii deosebită de a bărbatului. Între sfera genitală și viața afectivă a femeii există o strînsă legătură. Vechiul aforism *„Tota mulier in utero"* vrea să exprime tocmai această realitate care este desigur uneori exagerată. Răsunetul afectiv al fenomenelor normale și patologice din sfera genitală a femeii este deosebit de puternic nu numai în menarhă, menstruație, climacteriu, sarcină, lactație, dar și în afecțiunile inflamatorii ale sferei genitale. Psihosomatica feminină studiază aceste probleme (56). Particularitățile psihice sînt mai evidente la femeile care nu sînt încadrate în muncă după cum susține

Scanned with OKEN Scanner

psihologul Montreuil-Strauss: „femeile care stau acasă prezintă mai multe tulburări nervoase subiective decît cele care exercită o meserie în afara căminului“ (44).

Deosebirile sociale între sexe rezultă din particularităţile morfofuncţionale menţionate mai sus şi din cele patru îndatoriri ale femeii: muncitoare, mamă, soţie, şi educatoare a propriilor săi copii. Acad. Ana Aslan consideră că „femeia lucrează azi mai mult decît bărbatul ca mamă, soţie, dirijează familia, îngrijeşte poate părinţii — dacă are părinţi — şi în afară de acestea îşi face orele la fel ca şi bărbatul la locul ei de muncă“ (5). După cum arată toţi cercetătorii acestei probleme, femeia gospodină dedică zilnic 4 pînă la 6 ore gospodăriei, adesea adăugate orele de activitate profesională. Aceste deosebiri sociale sînt dependente în mare parte de mediul extern. Considerîndu-se din punct de vedere istoric, ele se schimbă. Herodot afirma că în trecut femeile erau mai puternice chiar decît bărbaţii din acea vreme. La sciţi femeile luptau alături de bărbaţi şi era obiceiul ca fetele să nu se mărite pînă nu ucideau un duşman. Se pare că „amazoanele din Balcani“ ar fi participat la războiul troian. Recent s-au găsit documente arheologice din care reiese că aria amazoanelor a fost mult mai extinsă, cuprinzînd şi Germania. După un mit, într-o anumită perioadă a comunei primitive, armele erau în mîna femeilor şi numai la intervenţia unui zeu, ele s-au supus şi au predat armele bărbaţilor.

Chiar şi în epoca actuală se afirmă că în Noua Guinee femeile sînt mai puternice decît bărbaţii de aceeaşi vîrstă. Aceasta înseamnă că actualul raport de forţe de prestaţie şi de poziţie socială dintre bărbat şi femeie nu este fix, ci el este supus schimbării. Lucrări efectuate recent la noi de A. Székely (61) au arătat că indicele de forţă şi cel de robustitate, atît la fete, cît şi la băieţi, este bun: 65,65% la băieţi şi 65,75% la fete, demonstrînd în mod pregnant o dezvoltare morfologică şi funcţională chiar mai importantă la fete. Aceasta se datoreşte creşterii continue a nivelului de trai, raţionalizării alimentaţiei şi ca urmare a aplicării unor metode variate de instruire fizică.

Omul „uman, ştiinţific şi tehnic“ al epocii actuale poate grăbi realizarea egalităţii de posibilităţi dintre cele două sexe şi poate contribui la consolidarea fericirii lor comune, considerînd atît asemănările, cît şi particularităţile celor două sexe.

Deosebirile biopsihice dintre bărbat şi femeie determină deosebirile socioprofesionale dintre cele două sexe, precum şi căile privitoare la recuperarea femeii în general şi a celei cu afecţiuni genitale în particular.

Scanned with OKEN Scanner

Modificarea capacităţii de prestaţie la femei în diferite perioade fiziologice sau fiziopatologice

Pubertatea este perioada în care se produce transformarea fetiţei în femeie, stare considerată ca atare în momentul apariţiei primei menstruaţii (8). În perioada pubertăţii metabolismul este suprasolicitat, consumul de O_2 este mărit, survin modificări hormonale profunde „revoluţia hormonală", cum se spune, care cuprinde toate glandele (cu rolul predominant al hipofizei şi ovarelor). Se produce uneori aşa-numita „criză psihică generală". Din aceste motive nu este posibil ca organismul să fie suprasolicitat prin muncă în această perioadă. În pubertate rezistenţa la agresiuni este scăzută. Dezvoltarea capacităţii de prestaţie a fetei poate fi sporită prin sport, care trebuie efectuat în primul rînd de către fetele mai slabe care au mai mare nevoie de sport şi care în nici un caz nu trebuie să fie scutite — cum se întîmplă uneori — decît în cazul unor leziuni organice avansate.

Premenstrual se evidenţiază o scădere a capacităţii de prestaţie.

Postmenstrual se produce o creştere importantă a capacităţii de prestaţie [Noack, citat după W. Möbius (42)]. Capacitatea de efort scăzută premenstrual pare să fie în legătură cu scăderea hormonilor steroizi (mai ales estrogeni). Îndemînarea femeii este maximă postmenstrual.

În perioada menstruaţiei, capacitatea de prestaţie rămîne întactă la majoritatea femeilor, totuşi la o parte din ele scade percepţia şi perspicacitatea ceea ce repercută negativ în cadrul unor activităţi ca: vatman, conducător auto, macaragiu, cele care necesită acuitate vizuală bună, simţul echilibrului, activităţi în cadrul cărora este pericol de arsuri, infecţii etc.

În această perioadă sensibilitatea femeii — cu sau fără afecţiuni genitale — este mărită la unele substanţe chimice: gaze (apar greţuri, vărsături, conjunctivită, eczemă etc.), amoniac, clor, vapori de acizi, leşie, minerale (plumb, arsen, mercur, fosfor) nicotină, benzenul şi omologii săi, radiaţii ionizante (roentgen, radium, izotopi radioactivi) etc.

Dismenoreea influenţează echilibrul psihic şi endocrin ce determină scăderea capacităţii de prestaţie. Algomenoreea este influenţată de postura în timpul activităţii. Este mai accentuată la femeia ce lucrează şezînd, decît la cea ce-şi poate schimba des postura în timpul activităţii. Este de asemenea mai frecventă la femeia ce efectuează activităţi predominant intelectuale, decît la cea care face activităţi predominant energetice de intensitate mică sau medie.

Scanned with OKEN Scanner

Femeile cu algomenoree vor evita activități ce solicită echilibru psihic complet, responsabilitate crescută, locuri de muncă cu vibrații, sau care solicită urcatul scărilor, aplecări anterioare frecvente, poziții fixe, expunerea la frig, la prea cald sau la curenți de aer. Ea reduce capacitatea de prestație în raport de cauza sa (boli genitale, ale sistemului nervos, endocrin sau alte cauze), răsunetul psihic și cantitatea de sînge pierdută.

Climacteriul este o perioadă fiziologică complexă. Ea nu este numai un episod hormonal de declin al funcției ovariene, ci un fenomen pluriglandular, legat de multiple modificări endocrine, metabolice și nervoase care evoluează stadial [O. Rusu (54)]. Climacteriul nu este o boală și în condiții obișnuite nu se produce micșorarea capacității de prestație a femeii în această perioadă. Eventualele tulburări vasomotorii (hipertensiune, valuri de căldură), metabolice (obezitate) și psihice au o condiționare predominant social-psihologică. Activitatea femeii în condiții ergonomice nu influențează esențial această perioadă, de asemenea nici numărul nașterilor. S-a observat că femeia celibatară, fără copil, prezintă o morbiditate ceva mai ridicată în această perioadă. Adesea în climacteriu prin modificări în întregul aparat endocrin poate rezulta o labilitate care este însoțită de un randament scăzut, similar cu cel din faza premenstruală. Adăugarea unor leziuni organice: artroze, rahialgii, tulburări cardiovasculare, obezitate, varicele (favorizate de activitățile sedentare), scad capacitatea de prestație a femeii în jurul vîrstei de 50 de ani și după această vîrstă. Se impune ca femeile, cu deosebire cele ce efectuează activități sedentare, să evite supragreutatea și să practice „moderat, dar regulat" sport și gimnastică în aer liber. W. Möbius (42) propune ca medicul de întreprindere să recomande femeilor ce efectuează activități sedentare ca la interval de 45 de minute să facă mișcări pentru reechilibrarea aparatului circulator.

Menopauza nu înseamnă sfîrșitul perioadei active a femeii, nici începutul perioadei de bătrînețe, ci degajarea femeii de funcțiile sale genezice pentru alte activități familiale, culturale, profesionale etc. Menopauza nu însemnează neapărat încetarea vieții sexuale (55). În postmenopauză, obiectivele recuperării femeii devin similare cu cele ale bărbatului.

Sarcina. Datorită solicitărilor viscerale și endocrine impuse de sarcină și a echilibrului neurovegetativ labil, în această perioadă, femeia trebuie să fie protejată și cruțată. Privitor la limitele capacității de prestație în această perioadă, cercetările lui Tayeau și colab., Donaggio și colab. (citați după 3), acordă valoare deo-

Scanned with OKEN Scanner

sebită apariției mucoproteinemiei în sensul că pozitivarea acesteia arată depășirea capacității de prestație a gravidei respective. În sarcina evoluată, uterul iese din micul bazin, unde era apărat de un puternic sistem osteo-musculo-ligamentar, în abdomen și se apropie de peretele vulnerabil al acestuia, din care motiv trebuie apărat. Indicele ponderal al femeii crește în timpul sarcinii cu 10—12 kg, iar centrul său de greutate se mută înainte, compensator se accentuează lordoza lombară, dar echilibrul rămîne labil și mersul greoi, ceea ce face ca gravidele să nu poată efectua activități ce solicită echilibru perfect și mers rapid. Glandele endocrine sînt suprasolicitate, ca și marile viscere, de aceea gravidele sînt sensibile la agresiunea substanțelor toxice, la vibrații, nicotină etc.

Dinamica adaptabilității gravidei la activitate, evidențiază trei perioade:

— *în primul trimestru* gravida nu s-a adaptat la noua situație și ca atare nu trebuie solicitată în mod deosebit, nici fizic și nici psihic;

— *în al doilea trimestru* este mai calmă, face față bine activităților sale profesionale dacă acestea se efectuează în condiții ergonomice;

— *în ultimul trimestru* organismul gravidei este deosebit de solicitat, motiv pentru care este necesară reducerea programului de activitate. În ultimele 6 săptămîni beneficiază de concediu de graviditate în care timp păstrează repaus profesional, iar activitatea extraprofesională trebuie redusă la plimbări și activități cu solicitări mici.

După naștere capacitatea de prestație a femeii are o tendință ușoară de creștere.

În legislația țării noastre se acordă: concediu prenatal 52 zile și postnatal încă 60 zile (conform H.C.M. nr. 880 din 1965).

Nașterile prin operație cezariană nu influențează esențial capacitatea de prestație, deși aceste nașteri sînt mai traumatizante decît nașterile pe cale normală. Reluarea activității depinde de motivele care au determinat această operație, precum și de urmările ei: herniile abdominale și eventrațiile, eventualele aderențe și sindroame aderențiale, gradul de anemie, stările febrile postpartum, apariția altor boli etc.

Capacitatea de prestație din timpul sarcinii este strîns influențată de starea morfofuncțională a întregului organism. În timpul sarcinii, aparatul cardiovascular este cu deosebire solicitat datorită în primul rînd creșterii masei sanguine care se modifică în

Scanned with OKEN Scanner

consistență, compoziție și cantitate, crește retenția de Na și de apă în țesuturi, apare tendința la edeme în părțile declive.

Bolile preexistente sau cele care apar în timpul sarcinii sînt influențate în general negativ de aceasta. Bolile organice cardiace se pot agrava; tulburările funcționale ca tahicardia și aritmia extrasistolică sînt bine influențate. Bolile vasculare, hipo- sau hipertensiunea arterială, ca și varicele și tromboflebitele sînt rău influențate. Unele boli endocrine ca hipertiroidismul pot fi bine influențate prin intervenția tiroidei fetale.

Unele boli organice, cum ar fi boala Takayashu (boala fără puls), caracterizată prin obliterarea progresivă localizată la nivelul crosei aortei și la ramurile sale proximale, nu influențează fertilitatea, iar sarcina este în general bine purtată (56). Astmul bronhial (care survine mai des la femei) este agravat în perioadele ciclului menstrual și a gravidității ca urmare a modificărilor hormonale, umorale și nervoase din aceste perioade (13).

Patologia generală a femeii și cea genito-endocrină în particular este puternic influențată și de factorii de ordin familial, economic și social. Factorii situați la granița dintre viața profesională și cea extraprofesională se împletesc și se sumează, mărindu-și efectul fie în sens sanogen, fie în cel patogen (29). Se înțelege că trebuie sprijiniți factorii sanogeni și combătuți cei patogeni.

În procesul de evaluare a capacității de prestație a femeii handicapate prin afecțiuni genitale, ca și pentru stabilirea planului complex de recuperare trebuie evaluați toți acești factori. Stabilirea măsurilor recuperatorii trebuie să privească întregul organism și să se considere corelația dintre organele genitale și restul organismului femeii.

Activitatea profesională nu este dăunătoare femeii și fertilității sale. Deși în această problemă mai sînt încă discuții, iar părerile sînt împărțite, se poate spune că *munca profesională prin sine însăși nu crește patologia femeii și nici nu determină tulburări în sfera genitală și în fertilitate, cu condiția ca ea să se efectueze în condiții ergonomice, adică să se asigure o concordanță deplină între capacitatea de prestație, stările fiziologice și fiziopatologice ale femeii, solicitările locului de muncă și condițiile biopsihosociale.* Activitatea în afara condițiilor ergonomice este generatoare de tulburări generale cît și în sfera genitală. Ea condiționează sterilitate, infertilitate, dezvoltarea insuficientă a fătului, malformații congenitale etc.

Scanned with OKEN Scanner

I.3.F. Evaluarea capacității de muncă a femeii cu afecțiuni genitale. Principii generale

Plecînd de la premisa că planul de recuperare se bazează pe datele care au servit la evaluarea capacității de muncă, se va prezenta succint metodologia generală a activității de expertiză medicală a capacității de muncă la femeile cu afecțiuni genitale.

Expertiza medicală este o activitate în primul rînd medicală, dar are numeroase implicații sociale și economice. Ea evaluează, prin mijloace științifice, capacitatea de prestație, permițînd comisiei de expertiză medicală să stabilească dacă persoana respectivă mai poate lucra, unde, cîte ore pe zi și în ce condiții ambientale (39).

Sarcinile activității de expertiză medicală la femeile cu afecțiuni genitale sînt rezolvate de către medicii de specialitate ginecologi și de către comisiile de E.M. județene. Medicii practicieni între care și ginecologii trebuie să cunoască metodologia de rezolvare a tuturor sarcinilor de E.M.R.C.M. pe de o parte, pentru că mulți dintre ei fac parte din comisiile de E.M.R.C.M., iar pe de altă parte pentru că ei rezolvă în mod concret majoritatea problemelor medico-sociale ale bolnavelor ginecopate.

Evaluarea științifică a capacității de prestație se bazează pe precizarea cantitativă și calitativă a potențialului organic și funcțional restant al persoanei de expertizat și pe raportarea lui la specificul solicitărilor profesionle ale locului de muncă privită în cadrul condițiilor ambientale în care se lucrează. Se stabilește adică un raport între morfofuncționalitatea deficientei și caracterul solicitărilor locului său de muncă. Se poate formula deci raportul următor:

$$\text{Capacitatea de muncă} = \frac{\text{restant morfofuncțional}}{\text{caracterul solicitărilor locului de muncă}}$$

Acest raport poate să fie concordant (cînd persoana rămîne în activitate în aceleași condiții) sau discordant. Discordanța poate să fie pozitivă (mai rar), cînd potențialul său morfofuncțional este mai mare decît solicitările profesionale, sau poate să fie negativă (cel mai des) cînd potențialul său este sub solicitările profesionale. În ambele situații se impun corecturi: creșterea solicitărilor profesionale în cazul discordanțelor pozitive, sau scăderea acestora, în cazul discordanțelor negative.

În conformitate cu Legea nr. 3 din 1977 — discordanța negativă dintre restantul morfofuncțional și caracterul solicitărilor lo-

Scanned with OKEN Scanner

cului de muncă nu înseamnă încadrarea bolnavei în invaliditate, ci semnifică numai necesitatea modificării sau schimbării locului de muncă — eventual aplicînd articolul 29 din Legea nr. 3/1977 — prin care se realizează concordanța dintre ceea ce poate să facă bolnava și solicitările noului loc de muncă.

Decretul Consiliului de Stat nr. 216 din 12 iulie 1977 precizează:

— Încadrarea în grade de invaliditate se face ținîndu-se seama de următoarele criterii de bază:

a) natura, gravitatea, particularitățile și evoluția bolii, precum și influența acesteia asupra capacității de muncă;

b) posibilitățile de recuperare a capacității de muncă, în raport de natura muncii prestate;

c) elementele care pot conduce la agravarea bolii, în cazul continuării activității.

— *Se încadrează în gradul I de invaliditate* persoana care și-a pierdut în totalitate capacitatea de a presta o muncă, din cauza unei boli sau accidente care i-au afectat grav starea de sănătate și are nevoie de îngrijire și supraveghere permanentă din partea unei alte persoane, *deoarece bolnavul nu are autoservirea pentru o îndelungată perioadă de timp.*

— *Se încadrează în gradul II de invaliditate* persoana care:

a) și-a pierdut total capacitatea de muncă, păstrîndu-și însă posibilitatea de îngrijire personală, fără nevoie de ajutor permanent din partea unei alte persoane;

b) și-a pierdut în cea mai mare parte capacitatea de muncă și starea de sănătate nu-i permite să desfășoare o muncă în condiții de program de lucru normal sau redus.

— *Se încadrează în gradul III de invaliditate* persoana care și-a pierdut cel puțin jumătate din capacitatea de muncă și poate presta o activitate în aceeași profesie sau în alta cu solicitări mai reduse, cu jumătate din durata normală a programului de muncă.

Subliniem că încadrarea în invaliditate se face numai cînd se apreciază că bolnava nu este recuperabilă în timp util, are nevoie de un timp mai îndelungat pentru recuperare și numai după epuizarea tuturor procedurilor recuperatorii. Trecerea bolnavei în situația de invalid, trebuie să fie considerată ca un concediu îndelungat, ca posibilitatea care i se acordă persoanei respective de a continua tratamentul recuperator în condiții de repaus profesional total — în cazul încadrării în gradul I sau II, ori parțial în cazul încadrării în gradul III de invaliditate.

Prin încadrarea în invaliditate pacienta nu este părăsită, ci absolvită de grijile sale profesionale, beneficiază de toată gama de

Scanned with OKEN Scanner

tratamente pentru a se recupera. Aceste date arată strînsă interdependență dintre expertiza medicală și recuperarea capacității de muncă.

Expertiza medicală înseamnă: evaluare, cîntărire, precizare a aceea ce a rămas din morfofuncționalitatea deficientei, iar recuperarea semnifică ceea ce avem de făcut în viitor: un complex de măsuri medicale și socio-profesionale cu o finalitate bine conturată; reinserția persoanei în viața activă cu dezideratul major ca aceasta să intre în activitate, să lucreze, să devină independentă, să se simtă bine lucrînd și dacă este posibil să devină mamă.

Revizuirile medicale care se efectuează la intervale de 6—12 luni — uneori chiar mai des — apar ca momente ce evaluează rezultatele activității de recuperare care s-au efectuat în intervalul dintre cele două revizuiri. Expertiza este deci intermitentă, recuperarea este continuativă.

— *Competențele atribuite medicilor curanți ginecologi în expertiza medicală.* Revenind la întrebările care se pun și la care se răspunde în cadrul activității de expertiză medicală, prezentăm răspunsurile posibile care se pot da bolnavelor cu afecțiuni genitale de către medicii curanți ginecologi:

— poate lucra în continuare în același loc de muncă cu program complet, fără să fie necesar concediu medical; se aplică tratament individualizat;

— are nevoie de repaus profesional, dar este curînd recuperabilă (afecțiuni acute sau acutizate cu caracter benign), caz în care se acordă concediu medical după nevoie și se tratează în condiții de ambulator sau staționar;

— este necesară reducerea temporară a programului de activitate cu un sfert de normă, ceea ce se poate acorda în legislația țării noastre de la una pînă la trei luni pe an calendaristic, în etape de cîte o lună, acordate în continuarea unui concediu medical care durează de cel puțin 30 zile (este cazul bolnavelor care au suferit intervenții pe organele genitale și nu pot efectua cele opt ore obligatorii de lucru);

— este necesară schimbarea temporară a locului de muncă, ceea ce este de asemenea posibil pe durata de pînă la trei luni într-un an calendaristic, în etapa de cîte o lună (este cazul bolnavelor cu tulburări ale circulației de întoarcere la nivelul gambelor în tromboflebite postpartum sau postabortum vindecate cu sechele, caz în care se indică loc de muncă fără solicitări mari locomotorii); în unele cazuri este necesar transferul definitiv dintr-un loc de muncă incompatibil într-unul compatibil, eventual în cadrul articolului 29 din Legea nr. 3/1977.

Scanned with OKEN Scanner

— *Competențele comisiei de E.M. județeană.* Pînă aici răspunsurile au fost date de către medicii curanți ginecologi. În continuare, dacă bolnava mai are nevoie de tratament în condiții de repaus profesional — dar se prevede recuperarea sa completă — intervine comisia de E.M. județeană care poate decide:

— continuarea recuperării în condiții de repaus profesional, caz în care se acordă concedii medicale pînă la maximum 180 de zile în ultimele 12 luni (este cazul bolnavelor cu afecțiuni genitale cronice, dar recuperabile în acest interval).

În cazuri cu totul speciale cînd după acordarea concediului medical de 180 de zile, bolnava nu este recuperată, dar este sigur recuperabilă în 30—60, maximum 90 zile de repaus profesional, se poate cere Ministerului Sănătății aprobarea prelungirii concediului medical printr-un referat bine documentat alcătuit de medicii curanți ginecologi și înaintat prin cabinetul și comisia de expertiză medicală județeană. Este cazul bolnavelor cu patologie perinatală sau a celor cu boli tromboembolice.

— În cazul tuberculozei genitale active se acordă concedii medicale de către medicii curanți ginecologi și ftiziologi pînă la 90 de zile. Dacă este necesară prelungirea concediului, acesta se acordă numai cu avizul Comisiei de Expertiză medicală județeană, conform legislației în vigoare.

— Aplicarea articolului 29 din Legea nr. 3/1977.

— În cazurile irecuperabile în timp util se fac formele de expertiză medicală și ulterior comisia de pensii județeană o încadrează (sau nu) după caz într-unul din gradele de invaliditate după metodologia înainte prezentată.

I.3.G. Stabilirea planului complex de recuperare

După stabilirea diagnosticului clinic de afecțiune genitală și fundamentarea sa prin explorări paraclinice, se evaluează gradul deficienței morfofuncționale, iar în final se evaluează capacitatea de muncă. Paralel cu elucidarea acestor date și bazîndu-se pe ele, se conturează treptat și planul de recuperare în mod concret, individualizat la bolnava în cauză.

După cum s-a menționat, activitatea de recuperare este din punct de vedere practic o activitate unitară; din motive de sistematizare i se descriu însă trei laturi: medicală, educativ-profesională și socială. După obiectivul urmărit și momentul de acțiune, recuperarea ar putea fi ierarhizată în trei trepte: primară, secun-

Scanned with OKEN Scanner

dară și terțiară. Nu insistăm asupra lor, deoarece au fost amintite în capitolul introductiv.

În condițiile organizării asistenței medico-sanitare din țara noastră, activitatea de recuperare a bolnavelor cu afecțiuni genitale este pe deplin posibilă, întrucît există aproape toate cadrele necesare unei echipe de recuperare. Colaborează aici medicul de specialitate ginecolog, medicul specialist în expertiză medicală și recuperarea capacității de muncă, asistenta socială, medici din conducerile direcțiilor sanitare și alte cadre din organizațiile obștești. Întrucît activitatea acestora este teritorializată, colaborarea lor este practic posibilă: se pot aplica în mod concret, pentru fiecare caz în parte măsurile medicale, vocațional-profesionale și sociale necesare realizării unei recuperări integrale.

I.3.G.1. Măsurile medicale de recuperare

Cuprind totalitatea procedeurilor care vizează prevenirea — sau după caz combaterea — invalidității, efectuate asupra handicapatelor prin afecțiuni genitale în condiții de ambulator sau staționar de ginecologie. Se consideră ca acte recuperatorii procedurile care urmăresc restabilirea sau compensarea funcțiilor genitale deficitare în vederea reinserției cît mai active a bolnavei în viața profesională, familială și socială. Dezideratul major rămîne reluarea activității profesionale și posibilitatea ca tînăra femeie să rămînă gravidă și să nască făt viabil. Aici includem:

— aplicarea măsurilor cu caracter general: repausul relativ sau absolut după nevoie pe întreaga perioadă de evolutivitate a procesului patologic genital sau ca urmare a afecțiunii genitale;

— aplicarea alimentației corespunzătoare etapei evolutive respective și particularitățile bolnavei, evitîndu-se carențele, dar și supragreutatea (27);

— măsuri terapeutice cu caracter etiopatogenetic;

— măsuri terapeutice cu rol funcțional;

— balneofizioterapie;

— intervenții chirurgicale (eventual aplicarea unor proteze);

— terapia ocupațională, ergoterapie;

— psihoterapie;

— măsuri speciale care vizează regularizarea ciclismului menstrual și care creează premisele ca tînăra femeie să rămînă gravidă și să nască făt viabil.

Măsurile terapeutice se vor stabili în funcție de faza de evoluție a bolii.

Scanned with OKEN Scanner

— *În perioada de început a evoluției clinice acute* se urmărește „recuperarea primară", vindecarea cu „restitutio ad integrum". Cînd se întrevede caracterul incomplet al vindecării, cu consecințe negative asupra capacității de adaptare la activitatea profesională, va trebui să se adauge la terapia uzuală și terapia de perspectivă prin care se urmărește limitarea deficiențelor și aplicarea unor măsuri suplimentare care să împiedice sau să limiteze eventualele sechele.

— *În perioada de convalescență* se pune accent pe restabilirea funcțională prin mijloace fizioterapeutice.

— *În perioada de stabilizare a procesului patologic* se urmărește lichidarea deficiențelor funcționale deja existente, prin aplicarea unor proceduri de kineziterapie, balneoclimato-fizioterapie și cultură fizică medicală.

Acolo unde afecțiunea se cronicizează sau hipercronicizează se aplică „terapia ocupațională" (cu dublul scop: favorizarea mișcării și folosirea utilă a timpului liber) și „ergoterapia".

Psihoterapia s-a tratat în capitolul I.3.D.

În cadrul recuperării medicale o importanță deosebită trebuie acordată corelației bolilor genitale cu viscerele abdominale și toracice (53). Aceste corelații se realizează prin modalități diferite: vecinătate-contiguitate, pe cale limfatică sau sanguină, pe cale reflexă și neuro-umorală. Un aspect particular de asociere concomitentă a unor boli ale organelor genitale (tumori ovariene benigne) cu ascita și hidrotoracele este constituit de *sindromul Demons-Meigs* (43), (57), (63) asupra căruia vom reveni în cuprinsul lucrării.

I.3.G.1.1. *Tratamentul balneoclimateric și fizioterapic**

Date generale. În cadrul mijloacelor medicale recuperatorii la femeile cu afecțiuni genitale se acordă tratamentului balneoclimateric un mare rol. El este considerat ca un important mijloc natural de reglare, readaptare, și reechilibrare biopsihică ce contribuie la stingerea proceselor inflamatorii cronice, la restabilirea ciclismului menstrual, a fecundității, a fertilității femeii, precum și la creșterea capacității sale de prestație și de muncă. Se cere să se facă o indicație corectă și individualizată fiecărei bolnave în parte.

---

* Redactat în cea mai mare parte după lucrările lui J. Grober, F. Stieve (24) și Tr. Dinculescu, N. Teleki, Elena Berlescu (70).

Scanned with OKEN Scanner

Înaintea indicației unei cure balneare sau a oricărui tratament balneofizioterapic, bolnava trebuie bine cunoscută sub aspect clinic și biologic-umoral, atît privitor la afecțiunea genitală, cît și la organismul său în general.

După ce s-a ales stațiunea potrivită, se recomandă ca medicul ginecolog să precizeze pacientei sale caracteristicile stațiunii și procedurile de urmat, astfel încît aceasta să-și formeze o imagine despre tratamentul pe care-l va urma acolo, să-și dea seama de necesitatea și importanța acestuia (pentru a colabora activ cu medicul la vindecarea sa).

Examinări de laborator ce trebuie efectuate înaintea unui tratament balneoclimateric sau fizical la bolnavele cu afecțiuni genitale

Înaintea indicației oricărui tratament balneoclimateric sau fizical se efectuează o serie de examinări clinice (anamneza, examenul clinic general și cu deosebire al organelor genitale) și de laborator. Acestea din urmă au fost împărțite de H. Baatz (6), (7) în două grupe: obligatorii și facultative.

Examinările obligatorii sînt: determinarea V.S.H. care trebuie să fie la valori normale (11 mm la o oră și 20 mm la 2 ore), sau să se normalizeze prin tratament corespunzător; efectuarea hemo- și leucogramei, efectuarea sumarului de urină, examenul secreției vaginale (citologic, bacteriologic, parazitologic — trihomoniază —, ciuperci și al pH-ului vaginal — normal 4,5—4,8). În funcție de acestea se decide asupra tratamentului intravaginal.

Examinările facultative depind de situația fiecărei bolnave în parte. La cele cu amenoree secundară recentă se efectuează reacțiile biologice pentru sarcină și se urmărește temperatura bazală. La cele cu avorturi habituale se efectuează investigațiile corespunzătoare. Examenul citohormonal se efectuează la femeile sterile prin examinări succesive la intervale de 7 zile, începînd din ziua 7-a postmenstrual. La femeile în vîrstă de peste 35 de ani la care există suspiciunea de neoplasm uterin se face examen citologic (metoda Papanicolau—Babeș) din col, se determină antigenul carcinoembrionar și se înregistrează curba polarogramei.

La femeile cu prurit anal sau vaginal se efectuează examinarea scaunului pentru oxiuri, iar la cele cu trecut digestiv și fenomene dispeptice se efectuează examenul baritat, chimismul gastric, probe biochimico-umorale mai ales pentru explorarea ficatului. La cele cu boli cardiovasculare se efectuează electroforegrama și radioscopia toracică.

Scanned with OKEN Scanner

Cura balneară de bază trebuie completată cu gimnastică medicală (subacvală sau în aer), masaj, dietă, cură internă, psihoterapie etc.

Postcură se recomandă repetarea examinărilor considerate ca obligatorii şi corectarea eventualelor tulburări prin tratament corespunzător.

Indicaţiile tratamentului balneoclimateric la bolnavele cu afecţiuni ginecologice

În tabelul nr. I prezentăm staţiunile balneoclimaterice din ţara noastră indicate femeilor cu boli genitale.

Tabelul nr. I

Tabel rezumativ cu staţiunile balneoclimaterice din ţara noastră indicate femeilor cu boli genitale (după 70)

Indicaţii	Staţiuni indicate		
	Generale permanente	Locale permanente	Locale sezoniere
A. *Cura în scop profilactic*			
1. Tulburări funcţionale în sfera genitală pe fond hiporeactiv, determinate de:	Amara, Bazna, Băile Govora, Herculane, Olăneşti, Bălţăteşti, Călimăneşti-Căciulata, Eforie Nord, Mangalia, Neptun, Ocna Sibiului, Pucioasa, Săcelu.	Bîrla-Bădeşti, Drînceni, Fîstici, Malnaş-Băi, Nicolina-Iaşi, Ocna Mureşului, Ocna Şugatag, Sîngeorgiu de Mureş, Tîrgu Ocna.	Băile-Coştiui, Puturoasa, Băiţa, Balta Albă, Beltiug, Cărbunari, Cîineni, Ciocaia, Cojocna, Dăneşti-Maramureş, Homorod, Icoana, Ideciul de Jos, Jibou, Lacul Sărat, Miercurea Sibiului, Murighiol, Nuntaşi-Duingi, Ocna Dejului, Ocnele Mari, Ocniţa, Orzoaia, Potcoava, Praid, Rodbav, Şărmaş, Slănic Prahova, Someşeni,
a) insuficienţă ovariană cu/sau fără alte tulburări endocrine;			
b) procese metroanexiale vindecate anatomic;			
c) tulburări locale de recepţie hormonală (frigiditate etc.);	Sărata-Monteoru, Sovata, Techirghiol, Venus (sezonier)		
d) tulburări secretorii cervicale;			
e) tulburări dischinetice hipotone;			
f) tulburări distrofice locale primitive sau secundare;			
g) insuficienţe enzimatice-metabolice;			

Scanned with OKEN Scanner

Indicații	Stațiuni indicate		
	Generale permanente	Locale permanente	Locale sezoniere
			Strunga, Telega, Țintea, Turda.
2. Tulburări funcționale în sfera genitală pe fond hiperreactiv de tipul:	Băile Tușnad, Borsec, Buziaș, Covasna.	Lipova, Vața de Jos	Bala, Băile Crăciunești, Homorod, Carei.
a) sindroame nevrotice; b) tulburări minore de pubertate sau climacterium; c) tulburări minore ale simțului genital (nimfomanie, vaginism, dispareunie, prurite); d) algii în sfera genitală; e) tulburări dischinetice hipertone; f) stări de convalescență după procese inflamatorii vindecate	Felix, 1 Mai, Geoagiu, Moneasa, Vatra Dornei		Potcoava, Satu Mare, Someșeni, Țicleni, Turți-băi
B. *Cura în scop terapeutic*			
1. Procese metroanexiale cronice Asociate cu bolile indicate și în stațiunile:	Amara, Bazna, Eforie Nord, Mangalia, Neptun, Ocna Sibiului, Sovata, Techirghiol, Băile Govora, Herculane, Olănești, Călimănești, Căciulata, Pucioasa.	—	—

Indicații	Stațiuni indicate		
	Generale permanente	Locale permanente	Locale sezoniere
2. Procese metroanexiale subacute stabilizate după 2—3 luni de la puseu	Amara, Bazna, Eforie Nord, Mangalia, Neptun Ocna Sibiului, Sovata, Techirghiol.	—	—
3. Sechele de tuberculoză genitală după 2—3 ani de stabilizare.	Eforie Nord, Techirghiol	—	—
4. Sterilitate secundară pe baza indicațiilor specialistului	Amara, Eforie Nord, Sovata, Techirghiol (în secții de specialitate)		

În tabelul nr. II prezentăm indicațiile tratamentului balneoclimateric în boli genitale asociate cu boli extragenitale.

Tabelul nr. II

Indicațiile tratamentului balneoclimateric în cazul unor boli genitale asociate cu boli extragenitale

Afecțiunea asociată	Stațiunea indicată
Afecțiuni reumatismale degenerative	Techirghiol, Eforie Nord, Ocna Sibiului, Sovata, Bazna, Amara
Afecțiuni reumatismale abarticulare	Idem
Afecțiuni neurologice periferice	Idem
Afecțiuni dermatologice	Techirghiol, Eforie Nord, Băile Olănești, Băile Govora, Băile Herculane, Pucioasa, Amara
Boli respiratorii cronice	Idem
Boli alergice	Băile Olănești, Călimănești, Băile Herculane
Bolile căilor urinare	Olănești, Călimănești
Boli digestive	Băile Olănești, Călimănești
Afecțiuni cardiovasculare	Covasna, Vatra Dornei, Borsec

Scanned with OKEN Scanner

Contraindicații generale pentru tratament balneoclimateric

1. Afecțiunile acute și cronice în perioada de exacerbare.
2. Bolile infecțioase, în perioada de contagiozitate, pînă la terminarea izolării obligatorii.
3. Purtătorii de germeni patogeni.
4. Bolile venerice, în stadiul acut și de contagiozitate (sifilis, gonoree).
5. Stările cașectice, indiferent de cauza care le-a produs.
6. Tumorile maligne, indiferent de formă, sediu sau stadiu evolutiv.
7. Hemoragiile repetate și abundente de orice natură (excepție: hemoragiile hemoroidale).
8. Sarcina patologică în orice lună și sarcina normală începînd cu luna a III-a. Se contraindică trimiterea oricărei gravide dintr-o localitate de șes la o altitudine peste 900 m și tratamentele cu băi radonice sau nămol pentru afecțiuni genitale.
9. Epilepsia.
10. Bolile sîngelui și organelor hematopoietice, cu alterarea stării generale: anemia biermeriană acută, leucemiile, poliglobulia etc.
11. Bolile parazitare (helmintiaze, lambliaze, anchilostomize etc.).
12. Tulburări psihice.
13. Narcomaniile (morfinomania, cocainomania etc.) și alcoolismul cronic cu tulburări neuropsihice. Toxicomaniile.

Contraindicații speciale pentru bolnavele cu afecțiuni genitale

— Condiții fiziologice: sarcină, perioadă ce precede apariția menstruației, postpartum sau postabortum.

— Condiții patologice: prezența factorului cauzal (infecții, infestații, micoze, procese tumorale).

— Procese acute, cu semne clinice sau biologice: creșterea V.S.H., leucocitoză, hiperalfa și alfa$_2$-globulinemie.

— Procese pseudotumorale (hidrosalpinx, piosalpinx, hematosalpinx, chisturi mari).

— Fibromioamele medii și mari și cele mici însoțite de menometroragii.

— Procese inflamatorii specifice: tuberculoza, lues, boli venerice etc. (în cazul sechelelor bacilare sînt indicate numai după 2—3 ani de la stabilizarea pentru cură heliomarină, cu evitarea apelor sulfuroase).

Scanned with OKEN Scanner

— Stările precanceroase, leucoplaziile etc.
— Procesele tumorale benigne și maligne.
— Toate menometroragiile, cu excepția celor moderate secundare proceselor congestive.
— Tulburări de statică avansate: prolaps gr. II și III.
— Toate cervicitele, cu excepția celor edematoase.
— Toate menoragiile majore prin exces funcțional neuroendocrin sau tumoral.

Balneofizioterapia femeilor cu boli genitale

Balneofizioterapia bolnavelor cu afecțiuni genitale cuprinde proceduri multiple ce influențează favorabil atît organele genitale, cît și organismul în întregime, sistemul neuroendocrin, respectiv asociațiile patogenetice sau întîmplătoare.

Se aplică cu bune rezultate terapia prin mișcare, hidro-, termo- și electroterapie pentru combaterea tulburărilor secundare imobilizării prelungite și pentru activarea circulației sanguine și limfatice.

În cazul femeilor cărora li s-au efectuat intervenții pe organele genitale și la care au apărut edeme limfatice la membrele inferioare se efectuează masaj cu aer, ionizări cu alfa-chimotripsină, kineziterapie și masaj local.

În scop analgezic și ca activator al circulației sanguine se aplică electroterapie: curenți de joasă frecvență sau alternativi, galvanizări, raze ultrascurte sau infraroșii, băi de lumină etc.

În cazul femeilor cu constipație spastică (după röntgenterapie pe organele genitale) sau cu *edeme la gambe* (după intervenții pe organele genitale) se efectuează iontoforeză, masaj (mai ales pe zonele reflexogene), gimnastică medicală, jocuri cu mingea și alte proceduri balneo- și fizioterapeutice, aplicate individualizat.

La femeile cu distonii neurovegetative asociate cu afecțiuni genitale se efectuează, cu bune rezultate, gimnastică medicală și o serie de proceduri balneo- și fizioterapeutice: băi cu CO_2, băi alternante, perieri, băi calde 37—39° (în care se pot pune frunze de brad, fîn, brom sau valeriană), helioterapie etc.

De mare importanță în succesul recuperării este selecționarea cazurilor, alegerea momentului potrivit pentru procedura indicată și aplicarea tehnicii celei mai potrivite.

În trecut, în inflamațiile organelor din hipogastru, se recurgea la intervenții chirurgicale într-un procent ridicat, datorită încrederii în perfecționarea metodelor chirurgicale. Rezultatele îndepărtate nu au fost mulțumitoare: tulburările produse prin înlătu-

Scanned with OKEN Scanner

rarea proceselor inflamatorii erau prea mari, excluzînd faptul că odată cu extirparea procesului inflamator se înlătura şi organul (de exemplu ovarul). În prezent, s-a încetăţenit ideea că afecţiunile inflamatorii din micul bazin la femei trebuie tratate pe cale conservatoare. Numai în felul acesta se creează posibilitatea vindecării cu *restitutio ad integrum*. Reuşind a înlătura un proces inflamator pe cale conservatoare, păstrăm organul pacientei, iar tulburările produse de aderenţe — dacă există — vor fi cu mult mai reduse decît după intervenţia chirurgicală. Uneori este nevoie şi de actul operator, dar într-un procentaj foarte redus (după unii autori 4—5%) şi numai în cazurile care nu se vindecă prin terapia conservatoare şi în cazul în care pacientele se plîng de tulburări de compresiune asupra vezicii urinare sau a intestinului. Indicaţia operatorie în leziuni inflamatorii genitale trebuie să fie ultima etapă a planului terapeutic. Vom orienta spre operaţie o bolnavă cu afecţiuni genitale inflamatorii dacă în 2—3 ani nu s-a reuşit să se influenţeze procesul patologic cu o terapie conservatoare.

Tratamentul va fi conservator în cazurile acute, adică cele însoţite de dureri mari, febră înaltă, eventual cu simptome peritoneale. La examen găsim apărare musculară, dureri mari la presiune. V.S.H. şi leucocitoză mărite.

Tratamentul va fi chirurgical în cazurile cronice care nu mai reacţionează la tratamentul conservator şi la care apar tulburări din partea tubului digestiv şi vezicii urinare. Dacă este coafectat parametrul, în inflamaţiile cronice, este bine să se încerce tratamentul conservator. Numai acele cazuri cronice pot beneficia de intervenţia chirurgicală, unde procesul este localizat, circumscris, iar organele vecine nu sînt coafectate (în special parametrele).

Condiţiile executării unei cure ginecologice

Pentru efectuarea unei cure ginecologice (24), trebuie să fie îndeplinite mai multe condiţii:

1) *Alegerea corectă a staţiunii:* aici iniţiativa o are medicul ginecolog teritorial. După natura bolii, trebuie să se decidă dacă este nevoie de băi clorurosodice, de băi de nămol, de staţiune bioclimaterică montană sau de talasoterapie. O alegere greşită a staţiunii înseamnă o cură greşită de la început şi irosirea mijloacelor materiale.

La alegerea staţiunii trebuie luat în considerare, atît tipul constituţional al pacientei, cît şi factorii de mediu.

2) *Durata curei* este o condiţie hotărîtoare pentru reuşita ei. O cură balneară sub 4 săptămîni trebuie respinsă (24). Deseori

Scanned with OKEN Scanner

sînt necesare 5—6 săptămîni. Astfel, de exemplu, la Franzensbad (R. S. Cehoslovacia) care, în ceea ce privește indicațiile de cură, este asemănătoare cu stațiunile balneare pentru boli ginecologice din R.F. Germania, se execută cure de 6 săptămîni (Pokorny).

3) *Cura poate fi aplicată numai pacientelor care rezistă din punctul de vedere al aparatului cardiovascular și al stării lor fizice.* Ea trebuie executată de la început și pînă la sfîrșit sub control medical strict. Pacienta trebuie să prezinte un bilet de trimitere al medicului curant. Ea trebuie să aibă încredere în cură și s-o privească cu seriozitate.

4) *Absența semnelor acute de boală* este un principiu de bază pentru aplicarea curei în toate bolile ginecologice, adică: afebrilitate, V.S.H. normală, lipsa leucocitozei și lipsa devierii la stînga a formulei leucocitare.

5) *O condiție importantă pentru reușita curei este ca pacienta să meargă la stațiune fără familie.* În principiu, pacienta trebuie să fie concentrată doar asupra vindecării ei, asupra planului ei de tratament și ritmului curei, să nu fie tulburată de vizite, nici chiar ale soțului. Femeia să fie scoasă din mediul ei de obligații pentru a se putea deconecta. Aceasta este valabilă, atît la curele pentru tulburări ginecologice funcționale, cît și la cura stresantă cu nămol.

În caz de sterilitate, cînd nu există inflamații genitale, vizita soțului în perioada optimă de concepție este indicată de la caz la caz.

6) *Controlul hematologic înainte de cura ginecologică este indispensabil.* Prezintă importanță V.S.H., mai ales dacă se vor prescrie băi peloidice și nămol. Nu are voie să depășească 10 mm la oră și 25 mm la 2 ore. În cazul peloidoterapiei trebuie să fim foarte consecvenți din acest punct de vedere (Döderlein și Baatz). Este posibil ca pacienta să fie trimisă de medicul curant, de exemplu, în cazul unor salpingoovarite, într-o perioadă cînd avea V.S.H. normală, fără deviere spre stînga a leucogramei, fiind deci aptă pentru tratament cu nămol. Deoarece din momentul indicației unei stațiuni și pînă la începutul curei efective pot trece deseori luni, pacienta poate să prezinte în acest răstimp recidive; deci V.S.H. trebuie să fie făcută cu cel mult 4 săptămîni înainte. La o V.S.H. de 16/46, dacă s-ar face cura, trebuie să ne temem de o exacerbare a procesului. Astfel de bolnave vor primi doar băi clorurosodice ușoare, sub protecție de antiinflamatoare și în nici un caz băi de nămol. Uneori se reușește ca prin băi clorurosodice să se obțină o normalizare a V.S.H. (Baatz), iar în a doua parte a curei se pot administra sub controlul V.S.H. cîteva băi de nămol. Pa-

Scanned with OKEN Scanner

cientele care abia după băile clorurosodice prezintă V.S.H. normalizat, pot suporta excelent băile de nămol, deoarece sistemul lor vegetativ s-a echilibrat. În afară de acest fapt, trebuie amintit că spre deosebire de băile de nămol, băile clorurosodice pot fi utilizate pentru vindecarea inflamațiilor genitale din stadiul subacut. Nu există dubii că efectul băilor de nămol este net superior băilor clorurosodice.

Un alt procedeu de verificare diagnostică al stadiului acut sau subacut al infecțiilor genitale este procedeul de încărcare, cu ajutorul lămpii Sollux, după Haupt și Zinser (Döderlein). La acest test, abdomenul pacientei este expus la intensitate maximă a lămpii Sollux pînă la 20 minute, apoi se fac 6 termometrizări la intervale de 30 minute axilar și, concomitent, rectal. Dacă la aceste măsurători apare o diferență de cel puțin 1°C, temperatura rectală situîndu-se deasupra valorii de 37°C, nu se aplică baie de nămol, deoarece procesul este încă activ. Dacă diferența este sub 1°C, se poate aplica cura de băi de nămol.

7) *Asanarea focarelor dentare și tonsilare înaintea începerii curei.* Între asanarea focarelor și începutul curei trebuie să treacă cel puțin 2—3 luni, pentru a nu se exacerba dezechilibrul vegetativ deja existent. Dacă asanarea focarelor nu a fost făcută înaintea curei și din anamneză rezultă focare de infecții, se recomandă insistent tratamentul necesar înaintea curei. Asanarea focarelor în timpul curei nu este indicată.

Băile clorurosodice și băile de nămol acționează ca stres în prezența focarelor. Se poate vorbi chiar de un „*test de cură*". Acesta este valabil pentru toate peloidoterapiile și toate băile cu ape minerale. După primele băi, pacientele prezintă brusc apariția disfagiilor sau al dentalgiilor, dureri sinusale sau acuze biliare, de apendicită sau anexită. Nu întotdeauna V.S.H. crescută și devierea spre stînga a formulei leucocitare, sau leucocitoza, au drept cauză o recidivare a procesului genital. Trebuie făcut diagnosticul diferențial amănunțit. Ca regulă de bază: nu se va efectua nămoloterapia atît timp cît nu este lămurit dacă V.S.H. își are originea într-un focar de infecție. Asanarea focarelor imediat după cură, cel mai tîrziu în decurs de 3—6 luni, este importantă, pentru evitarea recidivelor. În prezența unui focar, procesul genital nu se vindecă adesea și cu toate curele repetate se ajunge la recidive. Efectul slab al curei nu se datorează insuficienței peloidoterapiei, ci tocmai prezenței acestor focare. De asemenea otitele restante pot constitui o spină iritativă, contribuind uneori la tulburări neurovegetative accentuate în domeniul genital. Din această

Scanned with OKEN Scanner

cauză este importantă colaborarea dintre balneolog și alți specialiști.

8) *Observația medicală este importantă pentru tot decursul curei.* Acest lucru este valabil pentru orice fel de cură. Băile făcute fără indicații și supraveghere medicală, adică făcute „pentru distracție", dacă aceasta este astăzi cumva posibil într-o stațiune, prezintă pericole.

La sfîrșitul curei se va face externarea cu prescrierea indicațiilor de conduită după cură, cu sublinierea necesității repetării acesteia. Se va stabili un plan de recuperare privind curele ulterioare. Trebuie evitate deopotrivă aplicarea de procedeuri multiple, cît și efectuarea „comprimată" într-un interval prea scurt al numărului procedurilor prescrise. Acestea duc de cele mai multe ori la eșecuri, deoarece organismul trebuie să prelucreze substanțele absorbite, să reacționeze la stresul băii, reacție care este oscilatorie, fiind deci necesar să așteptăm revenirea după aceste reacții.

Prezentăm principalele proceduri aplicate pentru recuperarea bolnavelor cu afecțiuni ale organelor genitale la femei: balneoterapia și climatoterapia, termoterapia, electroterapia. Într-un capitol aparte se va prezenta gimnastica și masajul.

I.3.G.1.1.a. **Balneoterapia**

Peloidoterapia (nămoloterapia)

În ordinea frecvenței se folosește, în primul rînd, nămolul de turbă, apoi nămolurile minerale (Frango), nămolurile organice, nisipul, mîlul lipicios, creta și oxidul de aluminiu. Proprietatea cea mai utilă a peloidelor este termopexia ridicată, în plus sînt rău conducătoare de căldură și au o slabă capacitate de eliberare termică.

Indicațiile peloidoterapiei sînt: inflamațiile cronice genitale, inflamațiile ovariene, diferite forme de dismenoree, unele forme de sterilitate, involuții sau tulburări genitale, dureri ortopedice în ginecologie, tulburări de climacteriu, postoperator și bolile anexelor.

Contraindicațiile peloidoterapiei sînt afecțiunile genitale inflamatorii acute și în parte cele subacute, endometritele, sîngerările juvenile, graviditatea, menometroragiile, miomul, tuberculoza genitală, tumorile maligne, tumorile ovariene și tulburările neurovegetative din micul bazin.

Scanned with OKEN Scanner

Aplicarea practică a peloidoterapiei (după Grober şi Stieve (24). Băile peloide se aplică în ginecologie întotdeauna ca băi de jumătate, în mod excepţional ca băi de şezut. Cînd acestea nu sînt posibile sau sînt neadecvate, se face împachetarea cu nămol. De asemenea se aplică cu succes băi fierbinţi cu nămol, potrivite mai ales la nămolul sulfuros. Ele se pot aplica de cel mult 3 ori pe săptămînă; între două zile de baie trebuie să existe o zi liberă pentru a lăsa să se liniştească reacţia băilor (care printr-un reflex cutaneo-visceral duce la hiperemie în regiunea splanhnicului). La o durată de tratament de 4 săptămîni vor fi indicate 12 băi; la 5 săptămîni, cel mult 15—16 băi. Mai mult de 16 băi sînt inutile. Tot aşa, o cură de nămol de scurtă durată, mai puţin de 10 băi, este insuficientă şi inutilă. Se consideră ca esenţial factorul termic-fizic la un tratament cu nămol. Hotărîtor la stabilirea tratamentului este observarea tipului constituţional.

În activitatea practică este suficient ca pacienta să fie chestionată asupra gradului de suportabilitate termică a băilor de apă dulce de-acasă. În funcţie de aceasta se descriu trei tipuri constituţionale:

— tipul termic I cînd pacienta suportă 39—40°C, limita maximă 42°C;
— tipul termic II cînd pacienta suportă 41—42°C, limita maximă 43—44°C;
— tipul termic III cînd pacienta suportă 42—43°C, limita maximă 45—46°C.

Aceste valori se referă la băile de jumătate cu nămol.

Baia completă, care se face de exemplu în boli reumatismale, se prescrie la temperaturi joase din cauza sarcinii circulatorii sporite şi a presiunii hidrostatice mari.

La planificarea tratamentului cu nămol în scop stimulativ sau de resorbţie, trebuie să se înceapă cu dozarea individuală în funcţie de rezistenţă, corespunzător tipului constituţional, atît ca temperatură, cît şi ca durată. Se recomandă începînd de la 12 minute, apoi 14, 16, 18, 20 pînă la maximum 24 de minute. Durata mai mare nu este necesară şi se va evita datorită încărcării aparatului cardiovascular. Baia de nămol de jumătate trebuie să fie făcută pînă la ombilic, cel mult două laturi de deget deasupra ombilicului. Fiecare cm de baie de nămol mai mult înseamnă o presiune hidrostatică mai mare şi o suprasolicitare inutilă.

Înainte de aplicarea primei băi de nămol se recomandă, pentru adaptare şi destindere, să se efectueze una sau două băi cu apă sărată, cu scopul de a pregăti sistemul vegetativ pentru băile obositoare de nămol. O asemenea baie constituie o bună trecere de la sarcinile profesionale la cura balneoterapeutică şi în plus testează sensibilitatea vegetativă. Bolnavele cu tulburări vegetative accen-

Scanned with OKEN Scanner

tuate nu pot fi expuse imediat terapiei cu nămol, ci, înainte de începerea ei, trebuie să se facă pînă la 6 băi clorurosodice degazate (adică fără bioxid de carbon). Este bine ca înaintea unui tratament cu nămol să se lase un interval, dacă medicul balneolog ajunge la concluzia că pacienta (în starea ei constituțională dată, situația circulatorie și forța corporală) nu corespunde încă pentru terapia cu nămol. Cu aceasta se evită nereușitele. Întrucît băile cu nămol prezintă o solicitare sporită a organismului femeii, nu este indicat să se efectueze zilnic. Există stațiuni în care, între băile de nămol, se introduce o baie clorurosodică degazată.

După baia de nămol se face o baie pentru limpezire: aceasta trebuie să fie în orice caz o baie fără bioxid de carbon. Băile de nămol produc o creștere a cantității de sînge în regiunile splanhnicului și hipogastrului, adică o concentrație în regiunea trunchiului. Acidul carbonic acționează contrar solicitînd sîngele la periferie, fapt prin care efectul băilor cu nămol este anulat. Baia de limpezire, pentru curățenie, poate fi făcută numai cu apă dulce la temperaturi ușoare, timp de 1—2 minute. Această concesie trebuie să fie făcută pentru că un nămol nu poate fi îndepărtat, în special din regiunea anală și genitală, decît pe această cale.

Temperatura băii trebuie măsurată în fața pacientei de fiecare dată. Aceasta este utilă din motive psihologice, cît și din motive de ordine.

Băile de nămol, aplicate la bolnavele cu boli inflamatorii, sînt atît de obositoare, încît și dușurile de curățenie nu sînt binevenite din cauza modificărilor circulatorii ortostatice.

În cazul în care o baie de jumătate nu poate fi efectuată din cauza tulburărilor cardiovasculare, sau din cauza altor contraindicații, se efectuează băi de șezut. O baie de șezut poate fi prescrisă de la temperatura de 39—48°C, în medie, la 45—46°C.

Împachetările cu nămol încep de la temperatura de 46°C, apoi cresc individual pînă la cel mult 56°C.

La tratamentele cu nămol în scop de resorbție și stimulare, firul conducător este: creșterea înceată individuală la o suportabilitate optimală a temperaturii.

Mediul de „baie clasică de nămol" este format din 5 părți de nămol și 2 părți apă. Ca regulă, consistența sa trebuie să fie astfel încît să se poate scrie pe nămol numele cu degetul, iar scrisul să rămînă vizibil timp îndelungat.

Alături de împachetări cu nămol, în unele stațiuni se aplică șorțuri de nămol.

În afară de determinarea tipului constituțional al pacientei, trebuie să se țină seama de starea vegetativă a acesteia. Faza ergo-

Scanned with OKEN Scanner

tropă a ciclului ține de la ovulație pînă la apariția menstruației. Excitabilitatea vegetativă crește începînd cu a 15-a zi pînă la apariția menstruației. Ar fi important să nu înceapă băile în acest timp, pentru că prin stresul mărit ar putea crește excitabilitatea simpaticului. Cu începerea ciclului se instalează faza trofotropă, care durează pînă aproximativ în ziua a 14-a; de aceea, trebuie, pe cît posibil, să se înceapă tratamentul cu nămol imediat după terminarea menstruației, adică în ziua a 4-a — a 5-a. Asupra acestei chestiuni, bolnavele trebuie să fie lămurite încă de către medicul curant teritorial. În asemenea condiții, tratamentul cu nămol va avea un decurs liniștit. Reacția băilor apare de regulă după a 3-a sau a 4-a zi. Ea se manifestă printr-o serie de fenomene fizice și psihice, ca de exemplu dureri în cele mai diferite locuri ale corpului, în special acolo unde cîndva a fost un proces inflamator. Pentru rezistența la băile cu nămol și pentru eficiența lor, de importanță covîrșitoare este cura de odihnă (în cabina pentru odihnă), imediat după baie, timp de 45—60 de minute. Trebuie evitată scularea după baie. Trebuie înlăturat tot ce contravine hiperemiei în regiunea splanhnicului sau tot ce excită vegetativul. După baie în afară de cele de mai sus, este necesară odihna de 1—2 ore acasă, mai ales după masa de prînz.

În zilele fără băi trebuie efectuate cure de odihnă (culcat) în aer liber, sistematic, înainte și după masă.

În țara noastră dispunem de cantități mari de nămoluri terapeutice de diferite grupe (I. Agărbiceanu 70).

I. *Nămoluri sapropelice:* la limanele și lacurile naturale: Techirghiol, Agigea, Duingi; la lacuri continentale: Amara, Fundata, Lacul Sărat-Brăila, Cîineni: nămoluri fosile: Ocna Sibiului, Ocnele Mari, Sovata; nămoluri depozitate de izvoarele sulfuroase: Săcelu-Oltenia; nămolul Mării Negre etc.

II. *Nămoluri de turbă* la Poiana Stampei (Vatra Dornei), Borsec și turba vitriolică tip Stobor.

III. *Nămoluri vegeto-minerale:* Someșeni—Cluj-Napoca.

IV. *Nămoluri minerale:* Sîngeorz.

Mecanismul de acțiune al peloidoterapiei constă în esență, în activarea circulației, aportul de substanțe estrogene, stimularea psihoendocrină (prin diencefal-hipofiză la glandele suprarenale și ovar), influența pozitivă a unor substanțe dermopermeabile (ce influențează metabolismul local și general) și prin efectul său vagotrop asupra sistemului vegetativ.

Efectele nămoloterapiei pot fi astfel schematizate: creșterea în volum a uterului (ca urmare a puternicei hiperemii produsă în regiunea splanhnicului și hipogastrului), stimularea directă a creșterii ovarului prin hiperemie (prin care se stimulează maturizarea

Scanned with OKEN Scanner

foliculului şi creşterea substanţelor estrogene), posibilitatea (în aproximativ 37% din femeile cu sterilitate primară şi 45% din cele cu sterilitate secundară) de a deveni gravide, reducerea unor procese inflamatorii, vindecarea unor hipo- şi oligomenorei.

În cazul unor aderenţe parametrale rezultate bune se obţin prin asocierea fangoterapiei cu gimnastica medicală şi masaj.

Terapia cu băi clorurosodice
(după Grober şi Stieve (24))

Băile clorurosodice, în comparaţie cu nămolul de turbă, sînt privite deseori ca de mai mică valoare. Pe baza experienţei clinice, aceasta nu corespunde realităţii. Vechiul maestru al balneologiei, Heinrich Vogt, a subliniat în numeroase lucrări avantajele soleterapiei. Ea are aceeaşi valoare ca şi tratamentul cu nămolul de turbă, dar cu alte indicaţii. În general, se constată că indicaţiile tratamentului cu nămol de turbă nu sînt valabile la băile clorurosodice, dar contraindicaţiile terapiei cu nămol sînt aproape aceleaşi cu indicaţiile băilor clorurosodice.

Analizînd cazuistica ginecologică se constată că în aproximativ 40% din cazuri (după Goecke) sînt modificări funcţionale, adică tulburări neurovegetative din micul bazin. Taylor apreciază această cifră, în S.U.A., la 60%. De aici rezultă marea lor importanţă practică.

Terapia cu băi clorurosodice este o completare a măsurilor terapeutice medicamentoase, simptomatice, în măsura în care acestea singure nu dau rezultate.

Indicaţiile sînt în principal: tulburările funcţionale, convalescenţa unor boli, tulburările vegetative şi, în oarecare măsură, inflamaţiile genitale, dacă peloidoterapia este contraindicată.

Complexitatea tratamentului în staţiunile balneare cu nămol de turbă corespunde şi băilor cu apă minerală. Toate mijloacele ajutătoare se grupează în jurul tratamentelor cu băi cu ape minerale, urmărind accentuarea acţiunilor roborante, decontracturante şi de reglare vegetativă. Proporţional, tratamentele cu băi cu ape minerale sînt identice cu acelea cu nămol, cam în toate zonele Europei. Aceasta se datorează faptului că femeia este solicitată atît ca gospodină, cît şi în cîmpul muncii organizate, ducînd adesea la suprasolicitarea sa şi putînd produce tulburări neurovegetative în micul bazin, cît şi posibil insuficienţă ovariană. Adepţii tratamentelor cu băi cu apă minerală amintesc drept indicaţii, în special tulburări de dezvoltare ale organelor genitale,

Scanned with OKEN Scanner

spasme la implantarea tubei în uter, nevroze de climacteriu, boli generale care se manifestă la organele genitale.

Indicaţiile băilor cu ape clorurosodice:

1) *Tulburări neurovegetative în micul bazin:* parametrita spastică, pelvipatia vegetativă, sindromul algic pelvin.

2) *Amenoreea psihogenă:* hipermenoreea, dismenoreea, tulburările metabolice de natură psihogenă şi în obezitate.

3) *Sindromul vegetativ endocrin descris de Curtius şi Krüger* (amenoree, tulburări circulatorii periferice, constipaţie).

4) *Sterilitatea funcţională* (spasm uterin şi tubar).

5) *Hipersecreţie cervicală* (cu leucoree patologică secundară).

6) *Menopauza.*

7) *Endometrioza.*

8) *Cură de consolidare pre- sau postoperatorie.*

9) *Disgravidiile.*

10) *Tuberculoza genitală stabilizată.*

Indicaţiile irigaţiilor cu ape clorurosodice:

1) *Leucoreea cronică infecţioasă* (în special trihomoniazele şi micozele) în combinaţie cu tratamentul medicamentos.

2) *Hipoplazia uterină, insuficienţa ovariană vegetativă şi infantilismul genital,* ca adjuvant al băilor de nămol.

3) *Prolapsul uterin,* cisto- şi rectocelele.

4) *Pentru protejarea mucoasei vaginale la femeile purtătoare de pesarii.*

5) *Colpită cataralâ infecţioasă.*

6) *Eroziuni de col.*

7) *Boli inflamatorii ale organelor genitale superioare,* în combinaţie cu tratamentul cu nămol.

8) *După operaţii pentru aderenţe.*

9) *In tulburări ale staticii uterine, hiperflexiei,* ca adjuvant al nămoloterapiei.

Contraindicaţiile băilor clorurosodice:

1) *Insuficienţa ovariană vegetativă* unde este indicată terapia cu nămol, care în acest caz se aplică singură. Băile cu ape minerale nu sînt contraindicate, dar nici nu reprezintă o terapie specifică.

2) *Tulburările de dezvoltare a organelor genitale,* în care este de asemenea indicată numai nămoloterapia, deoarece băile clorurosodice nu provoacă o hiperemie suficientă în domeniul spanhnicului hipogastric.

3) *Tulburări ortopedice în ginecologie* — atît artropatia bilaterală simetrică, cît şi intervenţii operatorii în micul bazin şi naş-

Scanned with OKEN Scanner

teri grele — reprezintă indicaţii pentru nămoloterapie. În aceste cazuri, se obţin rezultate slabe prin băi clorurosodice.

4) *Sindroamele aderenţiale.*

Contraindicaţiile irigaţiilor cu ape clorurosodice: mioame, tumori maligne, inflamaţii acute şi subacute, hipersecreţii cervicale, tuberculoza genitală, endometrioza şi sarcina.

Aplicarea practică a băilor clorurosodice. Terapia cu ape clorurosodice prezintă cinci caracteristici: presiune hidrostatică, temperatură, concentraţie, un eventual amestec cu ape carbogazoase sau eliminarea acidului carbonic din apele clorurosodice şi factorul timp.

1) *Presiunea hidrostatică.* Apele clorurosodice se pot aplica ca: băi de şezut, băi de jumătate, băi de $^3/_4$, băi generale. Administrarea acestora depinde de: constituţie, stare vegetativă, stare cardiovasculară şi vîrstă.

2) *Temperatura.* Se începe de la 34°C, crescînd temperatura la fiecare baie cu un grad, ajungîndu-se la maximum 38°C. La băile de jumătate, este posibilă aplicarea la o temperatură de pînă la 39 chiar 40°C.

3) *Concentraţia* minimă este de 2% pînă la 3—4%, în unele staţiuni chiar 6%.

4) *Amestecul cu ape carbogazoase.* Se obţin băi de amestec, în proporţii diferite:

— amestecul 1=75% apă clorurosodică şi 25% carbogazoase;
— amestecul 2=50% apă clorurosodică şi 50% carbogazoase;
— amestecul 3=25% apă clorurosodică şi 75% carbogazoase.

La pacientele cu tulburări vegetative accentuate pot fi administrate doar băi complet degazate de bioxid de carbon.

Pentru aplicarea practică este valabil vechiul dicton: la două zile o baie, adică trei băi pe săptămînă. O cură cuprinde 4 săptămîni, adică 12 băi.

Dacă se administrează baia clorurosodică pentru reglare vegetativă, se vor administra, pe cît posibil, băi complete de joasă temperatură. În cazul în care folosim baia clorurosodică ca înlocuitor al băii de nămol (datorită unei stări cardiovasculare deficitare), se vor administra băi de jumătate cu temperaturi mai ridicate, 37—40°.

Baia clorurosodică nu are acţiune specifică pentru un oarecare organ, ci o acţiune generală roborantă. Ea duce la o normalizare a raportului vegetativ simpatic/parasimpatic. Ca acţiunea băilor să fie favorabilă este, de importanţă covîrşitoare, ca pacienta să se relaxeze. Pentru aceasta, sînt necesare vane spaţioase. Datorită

Scanned with OKEN Scanner

presiunii hidrostatice mari a băii, pacienta pare că plutește în vană. Se va explica insistent bolnavelor necesitatea relaxării complete, deoarece poziția incomodă este nocivă.

5) *Factorul timp.* Se începe cu 12 minute, crescînd progresiv la 14—16—18, în general pînă la 20 minute. Timpul maxim de baie este de 24 minute; băile de durată mai lungă sînt ineficiente și nerentabile.

Arta balneologului constă în a modifica cei cinci factori amintiți. În principiu, se urmărește la început o acțiune minimă asupra pielii, luînd în considerare starea vegetativă, constituția fizică, starea psihică, iar în timp, se crește progresiv durata și respectiv acțiunea băii clorurosodice.

După a treia sau a patra baia începe reacția balneară. Aceasta înseamnă că pacientul răspunde fizic și psihic supraliminal stresului, revenind la normal după 2—3 zile.

Reacția balneară poate lua proporții impresionante și din această cauză este bine ca pacienta să fie prevenită asupra acestui efect. Ea poate fi de intensitate ușoară, medie sau gravă.

În cazul băilor clorurosodice este de asemenea valabil principiul ca ele să fie începute imediat după menstruație, astfel ca reacția balneară să concorde cu perioada trofotropă a ciclului, pentru ca în a doua parte a ciclului, care este o fază simpaticohipertonă, reacția balneară să nu fie și mai mare datorită acestui fapt.

Baia clorurosodică este baza curei, fiind ajutată de gimnastică, masaje, cură de somn, care duc la relaxare și restabilirea echilibrului vegetativ.

Terapia cu irigații clorurosodice. Pentru aplicarea ei sînt necesare izvoare și aparate adecvate, cît și personal calificat. Dozarea se face individual, în funcție de constituție și dispoziția pacientei. La început se folosesc, după școala germană, 6—8 litri, mai tîrziu 10—12 litri, maximum 15 litri. După școala franceză se poate ajunge chiar la 50—100 litri în decurs de 15 minute.

Autorii germani încep de la temperatura de 40°C, crescînd pînă la 44°C. Temperaturi mai ridicate nu sînt necesare, ele sînt prea fierbinți, dînd pacientei senzație de arsură. Pînă la 44°C nu apar de regulă acuze de insuportabilitate. În literatură sînt indicate însă și temperaturi de 50—52°C.

Numărul total de irigații pe cură sînt de 10—12, nu mai mult de 16. Pe săptămînă se prescriu 3 irigații, de obicei în zilele fără baie, pentru a întări acțiunea băilor de nămol, sau în cazul în care pacienta face cură de odihnă sau gimnastică, și în zilele de baie de nămol.

Scanned with OKEN Scanner

Concentrația irigațiilor este de 2—3—4% pînă la 5—6% NaCl. Se consideră că o concentrație de 4% este suficientă. Înălțimea de la care se aplică irigațiile este de 2 m.

Se folosesc pere de sticlă Hasse-Pincus, care au un canal central, prin care intră lichidul de irigație în vulvă și un manșon periferic, care se îngustează către exterior, dînd forma de pară. Între canal și manșon va curge, înspre în afară, lichidul de irigație. Para se va unge cu vaselină în partea ei distală, pentru a adera strîns de vulvă, acest lucru fiind necesar, ca în nici un caz, lichidul de irigație fierbinte, să nu curgă peste vulvă. Para Pincus trebuie să fie de diferite mărimi. La femei mai în vîrstă, la purtătoare de pesarii, la paciente cu ulcer de col după pesarii, se recomandă utilizarea perelor cu con îngust.

După Goecke, coexistă în cazul tulburărilor neurovegetative din micul bazin, în 70% din cazuri, hipersecreția cervicală simptomatică. Aceste cazuri nu beneficiază de tratament cu irigații, datorită faptului că acestea sînt foarte iritante. Ele vor beneficia de terapia relaxantă cu băi clorurosodice, gimnastică și cură de somn. În cazul în care hipersecreția cervicală a dus la eroziune de col, vor fi indicate irigațiile. În cazul colpitei trihomoniazice, care nu reacționează la tratament medicamentos, se indică cură cu irigații vaginale fierbinți în asociație cu tratament medicamentos.

Un alt domeniu important de aplicare, sînt descensul uterin, cisto- și rectocelele.

Mecanismul de acțiune a băilor clorurosodice (ClNa). Acțiunea băilor NaCl este diferită de aceea a băilor de nămol. Factorul principal de acțiune al băilor NaCl, în cazul bolilor ginecologice, este modificarea reactivității sistemului neurovegetativ. Se deosebește o acțiune periferică și una centrală. Se produce o deplasare a tonusului vegetativ de la faza ergotropă către faza trofotropă (efect simpaticolitic). *Băile clorurosodice au acțiune simpaticolitică;* ele exercită o acțiune relaxantă, asupra musculaturii. În cazul exacerbării fazei trofotrope, se obține prin ele o deplasare către faza ergotropă. Prin acest mecanism de acțiune devine clar modul în care pot fi înlăturate tulburările circulatorii din sfera genitală. Tulburările ischemice, cum ar fi parametropatia spastică, pelvipatia vegetativă, durerile lombare cu iradieri în membrele inferioare, sînt influențate la fel de bine, ca și stările hiperemice din domeniul hipogastricului și splanhnicului, cum ar fi congestia pelviană.

În cazul irigațiilor cu NaCl efectul hiperemizant stă pe prim plan. În afară de acestea, mai are o acțiune astringentă și un efect de spălare.

Scanned with OKEN Scanner

Rezultatele și experiența obținută cu băile NaCl. Bolile ginecologice de natură vegetativă reprezintă domeniul din ginecologie, unde se obțin rezultatele cele mai bune prin balneoterapie. Se reușește obținerea restabilirii echilibrului vegetativ la 80—90% a pacientelor cu tulburări neurovegetative grave, apărute datorită suprasolicitării. Ceea ce nu reușește să se obțină prin tratament medicamentos, reușim să obținem prin tratament balnear, iar băile NaCl reprezintă baza terapeutică a acestor afecțiuni. Pacienta nu mai este solicitată profesional și casnic, iar 4—6 săptămîni se află sub supravegherea medicului de specialitate balneolog. În analogie cu îmbolnăvirea sistemului cardiovascular la conducătorii unităților industriale cînd se vorbește de „boala managerilor", la femei această îmbolnăvire se manifestă prin insuficiența ovarului. Sindromul vegetativ endocrin, descris de Curtius și Krüger, reprezintă o dereglare vegetativă tipică a femeilor, băile NaCl, fiind tratamentul cel mai potrivit.

Tulburările climacterice accentuate reacționează favorabil datorită faptului că băile NaCl, prin acțiunea lor asupra sistemului vegetativ, creează un nou echilibru hormonal. Aceasta se poate înțelege ușor cunoscînd interdependența dintre sistemul vegetativ și endocrin. La noi se poate face terapie cu ape clorurosodice în multe stațiuni.

Pentru cura externă dispunem de următoarele stațiuni:

— *pe litoral:* Eforie Nord, Mangalia, Neptun, Venus, Techirghiol.

— *lacuri sărate:* Amara, Bazna, Ocna Sibiului, Sovata, Balta-Albă, Lacul Sărat.

— *bazine subterane:* Băile Govora, Băltățești, Sărata-Monteoru, Slănic-Moldova, Săcelu, Soveja, Bîrla Bădești, Fîsici, Ocna Mureș, Ocna Șugatag, Sîngeorgiu de Mureș, Tg. Ocna, Băile Coștiui, Cojocna, Cristuru Secuiesc, Homorod, Icoana, Ideciul de Jos, Jibou, Miercurea Sibiului, Ocna Dejului, Ocnele Mari, Ocnița, Orzoaia, Perșani (conține și CO_2), Potcoava, Praid, Rodbav, Sărata-Deva, Slănic Prahova, Someșeni, Telega, Tintea, Turda, Ticleni.

Pentru cura internă: Sîngeorz-Băi, Slănic Moldova, Călimănești-Căciulata, Olănești, Herculane, Tușnad, Buziaș, Covasna, Săcelu, Sărata-Monteoru, Băltățești, Drînceni, Tg. Ocna, Bixad, Brădet, Cărbunari, Carei, Cîineni, Dănești-Maramureș etc.

Talasoterapia

Se bucură de o apreciere crescîndă în balneoterapia ginecologică. Ea cuprinde băi reci și calde marine, împachetări cu nămol, băi de nisip, băi de soare, aer și inhalații. Unul dintre factorii importanți este factorul bioclimatic.

Elementele active, constituente ale acestei terapii complexe, se pot analiza studiind factorii termici, actinici și complexul aerosol.

Scanned with OKEN Scanner

Indicaţiile talasoterapiei cu băi reci, în ginecologie, sînt roborarea şi reconvalescenţa după operaţii grele. Inflamaţiile genitale beneficiază de băi fierbinţi, cum ar fi: băi de nămol, împachetări de nămol, băi de nisip. În cazul băilor de nămol, iodului îi revine o importantă acţiune, deoarece acesta se absoarbe în cantităţi active. Un efect favorabil au băile de nămol şi datorită cantităţilor mari de substanţe estrogenice.

O altă importantă indicaţie este insuficienţa ovariană degenerativă şi vegetativă.

Irigaţiile trebuie aplicate în 2—3 cure, la interval de un an. Se pot obţine prin ele rezolvarea tulburărilor amintite, fără a mai fi nevoie de intervenţii operatorii.

Se recomandă irigaţii alternante ca temperatură, în cazul bolilor inflamatorii ale uterului, anexelor şi în cazul dismenoreei de naturi diferite. Se obţine o activare a circulaţiei locale din micul bazin. Odată cu hiperemia reflectorie, se obţine o activare a circulaţiei capilare a ţesuturilor prin substanţe histaminice. Capilarele, care pînă atunci erau în repaus, se redeschid, diametrul lor se măreşte, creşte de asemenea permeabilitatea lor (Roth). Temperaturile folosite de acest autor erau de 38—39°C, respectiv 18°C. Durata aplicării irigaţiilor calde după părerea lui Roth trebuie să fie de 10 ori mai mare decît a celor reci, adică 3 minute, respectiv 20 minute, iar alternanţa cald-rece să fie făcută de 3—4 ori. Rezultatele acestei terapii sînt bune în cazul femeilor tinere şi de vîrstă mijlocie. Se pot obţine rezultate bune şi la purtătoare de pesarii. Există cazuri în care pesariile nu mai trebuie aplicate, pacientele putînd fi externate fără inelul respectiv.

Ovarele răspund la stresul curelor marine, cît şi a celei montane, datorită activării impulsurilor hormonale şi vegetative pe calea hipotalamus-hipofiză-ovar.

După Consigli şi Sertoli, clima marină are o acţiune favorabilă asupra staticii uterine şi a ligamentelor uterine. Băile de nămol şi nisip, băile marine calde sau reci sînt mijloace terapeutice foarte diferite în cadrul ginecologiei şi necesită indicaţii şi supraveghere medicală strictă.

Contraindicaţiile băilor de nămol şi de nisip sînt aceleaşi ca şi în cazul nămolului de turbă şi peloidal.

Băile marine calde şi reci sînt asemănătoare ca efect terapeutic băilor clorurosodice, exercitînd însă un stimul mult mai puternic ca acestea, fiind deci contraindicate la bolnavele cu tulburări vegetative accentuate.

Talasoterapia se poate face la noi mai ales pe malul Mării Negre, în staţiunile balneare limitrofe.

Scanned with OKEN Scanner

Acratotermele

Apele acratoterme se folosesc în ginecologie atît ca băi, cît şi pe cale orală. Indicaţiile curei interne sînt insuficienţele tireo-ovariene şi dismenoreea ca simptom al hipo- sau disfuncţiei ovariene.

Apele acratoterme acţionează în sensul deplasării echilibrului vegetativ de la vagotonie la simpaticotonie.

Tulburări climacterice şi hipoplazia organelor sexuale sînt indicate pentru cura cu acratoterme. Acţiunea în aceste situaţii constă probabil în creşterea vitalităţii generale.

Astfel de ape se găsesc la Felix (47°C) şi Vaţa de Jos (35—37°C).

Apele radonice şi termale

Apele radonice reprezintă stimulul balnear cel mai puternic. Apelor radioactive li se acordă în ginecologie o importanţă crescîndă sub formă de: băi, cure interne şi irigaţii vaginale. Rezultate deosebite sînt obţinute în cazul dismenoreelor, leucoreei, endometritei, perisalpingitei şi pruritului genital. Sterilitatea pe bază de insuficienţă ovariană constituie, de asemenea, o indicaţie pentru băile radioactive. Apele termale radioactive sînt deosebit de eficiente în cazul insuficienţei ovulatorii a ovarului.

Băile radonice se caracterizează prin dozele foarte mici şi prin iradierea aproape exclusivă cu raze alfa, spre deosebire de radiumterapie, unde acţionează mai ales razele beta şi gamma.

După Guthmann, artrozele climacterice reacţionează favorabil la cura internă cu ape radonice. El indică terapia cu aceste ape şi în cazul bolnavelor operate şi iradiate pentru cancer. Kukowa este împotriva acestei terapii. După Kocsas, în Turcia, foarte multe băi termale radioactive sînt utilizate la tratamentul sterilităţii.

Tanaka (Japonia) indică, cu rezultate foarte bune, băile termale radioactive în cazul anexitei, hipoplaziilor, leucoreei, contraindicîndu-le în caz de cancer uterin, mioame şi inflamaţii genitale acute.

Canel, Engelhard şi Schremm au dovedit experimental acţiunea stimulantă asupra aparatului genital la şobolan a apelor termale radioactive prin diferitele mijloace de aplicare, cum ar fi: băi, irigaţii, băi de nămol, inhalaţii.

Cercetările experimentale ale lui Maru Yama au arătat că izvoarele termale au acţiune asupra funcţiei sexuale la şoareci. S-a obţinut o dublare a fazei diestrogenice şi o alungire a fazei estrogenice fără a avea un rol felul izvorului. După Maru Yama, băile

Scanned with OKEN Scanner

și cura internă au o acțiune centrală și una de organ, care influențează funcția sexuală, efectul fiind însă mai mic la cura internă.

Efectul băilor termale radioactive asupra funcției sexuale și a centrului sexual la șobolani a putut fi demonstrat de către Schimizu. Sub acțiunea băilor termale zilnice, frotiurile vaginale la șobolani au arătat o alungire a ciclului sexual prin dublarea fazei diestrogenice. Excitabilitatea uterului la progesteron crește sub acțiunea băilor termale.

La noi se poate face terapie cu astfel de ape la: Herculane, Sîngeorz-Băi și Felix

Băile și mofetele carbogazoase

Izvoarele carbogazoase joacă în terapia ginecologică spre deosebire de cardiologie, un rol minor. Domeniul lor de indicație este roborarea generală, în special după operații sau nașteri grele, condiția fiind un echilibru neurovegetativ bun; în caz contrar sînt contraindicate. Trebuie subliniat că la tulburările neurovegetative și la tulburări climacterice sînt preferate băile clorurosodice față de cele carbogazoase, deoarece, deseori, ultimele sînt greu de suportat (Vogt). Băile clorurosodice degazoase acționează sedativ asupra sistemului neurovegetativ, în timp de băile carbogazoase sînt activante, exacerbînd deseori tulburările neurovegetative. În climacteriul cu hipertensiune arterială oscilantă, băile carbogazoase sînt în schimb eficiente. Un rol deosebit de activ îl au acestea în cazul impotenței și a potenței sexuale scăzute. Se pare că centrii sexuali și hormonii sexuali sînt sensibilizați, ca și în cazul apelor de munte.

Leucoreea constituțională la femeile astenice poate fi înlăturată prin roborare generală.

De importanță deosebită, în ginecologie, sînt tratamentele cu mofete cu CO_2. Aici se iau în discuție băile carbogazoase sau de jumătate, ca de exemplu la tulburări ale libidoului, cît și insuflații cu CO_2 din mofete.

Irigațiile cu ape carbogazoase cu conținut de fier se utilizează, în diferite stațiuni balneare, la femeile cu insuficiență ovariană, cu tulburări ale ciclului menstrual și anemii.

În Francescoe Lazne (R.S. Cehoslovacia) se utilizează pentru tratamentul sterilității, atît mofetele, cît și insuflația cu CO_2 din mofete (Cukor). În unele stațiuni irigațiile cu gaze mofetă se execută și cu gaze sulfuroase. Gazele cu monoxid de carbon din mofete, utilizate pentru insuflații, au ca indicații de bază tulburări ale libidoului, dispareunia frigiditatea și tulburări de orgasm. Pînă

Scanned with OKEN Scanner

în prezent, în fața acestor situații, medicina era dezarmată. Principiul de bază al acestei terapii este acțiunea sensibilizantă a acidului carbonic. La o mucoasă vaginală normală și cu funcții genitale normale pacientele au deja, de la începutul tratamentului, senzația de căldură vaginală la temperaturi de 34—35°. În funcție de intensitatea căldurii resimțite și de senzația de creștere a temperaturii locale, apreciem influența acestor insuflații. Sensibilizarea crescîndă a vulvei este redusă în săptămîna dinaintea menstruației. Aceasta corespunde scăderii nivelului foliculinei. Se pare deci, că hormonul folicular ar avea o importanță hotărîtoare în sensibilitatea vulvei (Baatz). Procedurile cu gaz de mofetă se vor alterna, de preferință, cu băi de nămol sau, dacă nu, insuflațiile se vor aplica zilnic. La tulburări funcționale de libidou, se va face concomitent psihoterapie și se va tinde la rezolvarea oricăror conflicte și a surselor lor.

Din 1953, tratamentul vaginal cu bioxid de carbon din mofetă este reluat în balneoterapia ginecologică din băile Pyrmont, după ce, deja din secolul trecut, ea a fost citată în literatură ca fiind folosită, aici și în Heimberg, în cazul sterilității și a altor suferințe genitale. Pentru aplicare, analog cu irigațiile cu apă NaCl, a fost dezvoltat un specul vaginal special (Beatz și Fritsch), prin care se introduce acidul carbonic gazos în vagin, de unde este apoi reaspirat. Un principiu esențial al tratamentului vaginal cu acid carbonic constă în faptul că pH-ul acidului carbonic trebuie să corespundă celui din vagin, obținîndu-se astfel restabilirea pH-ului vaginal normal și creșterea florei Döderlein. Efectul capilarodilatator al acidului carbonic este de asemenea important. Se obține o hiperemie superficială al tractului vulvo-vaginal. Activitatea asupra motricității capilarelor, efectul astringent, pe lîngă cel de curățire mecanică al vaginului, au o mare importanță în caz de leucoree cronică. Din această cauză, această terapie este eficientă și în vulvite și vaginite grave, cît și în eczeme și prurit vulvar.

Terapia cu CO_2 gazos se efectuează la mică presiune (30—40 mm H_2O). Speculul constă din două țevi cromate din cupru, așezate în unghi drept, dînd astfel o formă de U, care prezintă, pe partea lor interioară, numeroase orificii prin care se scurge acidul carbonic. Printr-un aspirator, se aspiră CO_2.

Insuflația se poate face cu acid carbonic uscat sau cu adaus de aburi de apă. Temperatura se dozează exact. Se începe de obicei la temperaturi de 34°C, crescîndu-se aceasta pînă la 38°C. Fiecare temperatură poate fi repetată, în funcție de experiență de 2—3 ori. Durata unei insuflații este la început de 6 minute, crescînd pînă la

Scanned with OKEN Scanner

12 minute. Într-o cură, se fac 12—16 insuflații. La o leucoree mai pronunțată s-a dovedit eficientă o irigare cu soluție de acid lactic.

Terapia cu ape carbogazoase se poate face la noi la: Borsec, Buziaș, Covasna, Băile Tușnad, Vatra Dornei, Lipova și alte stațiuni de interes local.

Băile sulfuroase

Printre excitanții balneari cei mai puternici în bolile ginecologice sînt socotiți, pe lîngă băile de nămol, băile cu ape sulfuroase. Izvoarele sulfuroase sînt aplicate din timpuri străvechi în tratamentul inflamațiilor genitale, tulburările hormonale și climacteriului patologic, cu rezultate bune. În afara acestor boli, băile sulfuroase și sulfogazoase sînt recomandate în tratamentul eczemelor și al pruritului vulvar, luîndu-se în discuție și irigațiile cu astfel de apă.

Chizzolini recomandă, pe baza observațiilor clinice și experimentale, utilizarea apelor sulfuroase în tulburările endocrine. El a putut dovedi, experimental pe animale, modificări endocrine după băi.

Canel atrage atenția asupra rezultatelor favorabile obținute în tratamentul insuficienței hormonale, asociată deseori cu tulburări neurovegetative, cu ape radioactive și sulfuroase.

Inflamațiile cronice și subacute ale mucoasei vaginale, cît și unele forme de sterilitate, reprezintă, după Consigli și Sertolli, indicații deosebite pentru băi sulfuroase. Băile saline cu conținut de sulfați au un efect de reducere a secreției de lapte, fiind utile la ablactare. Pierderile mari de albumine, de exemplu după operații pentru cancer și după boli infecțioase grave, sînt un domeniu în care se indică cure interne cu ape sulfuroase, deoarece sulful este necesar în metabolismul proteinelor. Apele sulfatate concentrate pot acționa abortiv, fiind contraindicate la gravide sau se vor prescrie foarte circumspect și în doze moderate.

Terapia cu ape sulfuroase se poate efectua la noi în următoarele stațiuni: Băile Herculane, Govora, Călimănești, Olănești, Pucioasa, Nicolina-Iași, Mangalia.

Apele iodate, bromate, arseniate și feroase

Izvoarele care conțin iod, brom, NaCl, sînt deosebit de eficiente în tulburări climacterice. Sterilitatea, datorită insuficienței hormonale, reprezintă o indicație pentru aceste ape.

Băile termale cu iod (de exemplu, băi termale cu NaCl și iod la 44°C), în Zeesak (Jugoslavia), sînt folosite cu succes în bolile ginecologice (Trauner, Micholek și Grenek). Jesserer comunică rezultate bune în cazul anexitelor cronice și endometritelor, tratate cu băi cu conținut în Br, I și NaCl.

Scanned with OKEN Scanner

În România se poate face tratament în cură externă cu ape iodate la: Olăneşti, Călimăneşti, Căciulata, Carei (este şi termală).

Irigaţii vaginale se pot face la: Bazna, Băile Govora, Băltăţeşti, Săcelu, Sărata-Monteoru, Icoana, Potcoava, Praid etc.

Amreich recomandă balneoterapie cu băi minerale cu conţinut de iod, în infiltratale parametriale grave, aşa-numitele „infiltrate cimentate". La fel, ca şi la băile de nămol, nici astfel de băi nu pot fi utilizate în stadii inflamatorii genitale acute. Băile cu iod au un efect favorabil şi în cazul tuberculozei genitale. Un efect favorabil s-ar obţine şi în cazul disgravidiilor. Inflamaţiile anexiale cronice reacţionează de asemenea favorabil.

Heidler crede că tratamentul dispareuniei şi al frigidităţii cu băi de iod ar fi încununate cu succes; de aceeaşi părere ar fi şi Amreich. După medicaţie iodată, s-a constatat o creştere a libidoului.

Hipertonia climacterică poate fi tratată prin cură internă cu ape iodate (Döderlein).

După Consigli şi Sertolli, procesele genitale inflamatorii determină tulburări ale echilibrului endocrin, reprezentînd indicaţii de terapie cu ape cu conţinut de iod, brom şi NaCl.

După Seitz, dozele mici de iod, au avut deseori rezultate bune în cadrul avorturilor habituale, de exemplu izvoarele de la Salso, Maggiore, care sînt foarte bogate în substanţe dizolvate, în special în iod.

Apele arseniate sînt prescrise ca băi sau cure interne. Arsenul are o acţiune tonizantă şi roborantă, avînd şi un efect favorabil asupra sistemului hematopoietic.

Indicaţiile acestora sînt: insuficienţă ovariană, anumite forme de leucoree, tulburări ale cohabitaţiei, avorturi habituale, neinstalarea climacteriului.

Prin cura cu ape arseniate, Sneegans a putut obţine o serie de rezultate favorabile în îmbolnăviri ginecologice, aplicîndu-le ca băi sau cure interne. Curele interne cu ape arseniate au efecte foarte bune în cazul anemiei secundare şi inflamaţiilor genitale cronice recidivante. În cazul acestor inflamaţii, seria roşie este deseori afectată. Se preferă apele arsenoferoase.

La noi se găsesc astfel de ape la: Băile Tuşnad, Buziaş, Vatra-Dornei, Balvanyos, Lipova, Malnaş-Băi. Miercurea-Ciuc, Călimăneşti, Homorod, Ozunca-Băi, Remetea, Sărmaşul, Stîna de Vale, Tămăşeu, Turţi-Băi, Vilcele.

Apele alcaline

Guthmann obţine rezultate favorabile în stări postpielitice, prin cure interne cu ape alcaline datorită modificării tuturor alcaloidelor organismului şi datorită creşterii accentuate a fluxului urinar.

După observațiile autorului, în urma curei, se oprește eliminarea de albumine și elemente figurate prin urină. Aceste modificări pot fi precedate uneori de o exacerbare marcată a eliminării elementelor susamintite, exacerbare care este trecătoare și de obicei de scurtă durată. El recomandă repetarea profilactică a curelor, în special în cazul unor graviditățî ulterioare.

Apele alcaline se administrează cu succes în cură internă, în disgravidii precoce, vărsături repetate și mai ales dacă acestea sînt asociate cu hiperaciditate.

În sarcini avansate se găsește deseori hiperaciditate, hipersecreție pancreatică și biliară, fiind recomandată cura internă cu ape alcaline. Uneori se obțin rezultate favorabile și la diabetul zaharat din timpul sarcinii. În cazul preeclampsiei, cu edeme și eliminare insuficientă de săruri, se recomandă, pe lîngă tratamentul medicamentos și dietetic, apele alcaline.

Guthmann subliniază importanța curelor interne la toxicozele gravidice. În acest caz un rol important joacă apele cu conținut în calciu, datorită faptului că fătul necesită calciu determinînd scăderea cantității de calciu la mamă cu repercusiuni negative asupra danturii și sistemului nervos vegetativ. Tetania gravidică, cît și hipertiroidia, sînt un domeniu de aplicare a izvoarelor cu săruri de calciu sau calciu plus NaCl, ceea ce provoacă o depozitare a calciului cu o eliminare concomitentă de Mg, scăzînd astfel incidența gușei. Apele cu conținut în sulfat de magneziu au efecte favorabile în constipațiile cronice, în special în constipațiile lehuzelor. Prin creșterea peristaltismului și a secreției biliare, pe care le induce sulfatul de Mg, se previne tendința la constipație și la formarea concrementelor biliare.

În țara noastră există numeroase stațiuni balneare cu izvoare alcaline, alcalinoferoase sau cu izvoare mixte: Slănic Moldova (izvorul din Valea Ciungetului), Tinca, Malnaș, Miercurea-Ciuc, Bixad (toate au și CO_2), Băile Tușnad, Borsec, Buziaș, Covasna, Sîngeorz-Băi, Vatra Dornei, Calacea, Lipova, Băile Homorod-Harghita, Biborțeni, Bizușa, Călan, Costești, Corund, Dănești-Harghita, Dănești-Maramureș, Homorod-Brașov, Leghia, Marghita, Remetea, Rodbav, Strunga, Sugaș, Tămășeni, Valea Întunecoasă, Vîlcele.

Suspensia de nămol

Suspensia de nămol reprezintă un procedeu mai nou. Deja Benade comunică despre tratamentul „cu apă neagră". Nu trebuie confundată cu peloiodoterapia, deoarece „suspensiile de nămol" nu intră la peloide. Cercetările și discuțiile privind această terapie sînt încă în curs. Din această cauză, terapia clasică cu peloide și nămol de turbă nu poate fi extinsă și la domeniul suspensiilor de nămol.

Scanned with OKEN Scanner

La ultimele, se discută în primul rînd mecanismul chimic de acţiune. Este vorba aici de „ape de turbe", numite şi ape negre. Apa se adună în canalele de dren din mlăştină, care ar conţine substanţe hidrosolubile (Kowarschik).

Suspensia de nămol, aplicată în diferite băi, este o emulsie de particule de nămol de turbă, care sînt atît de mici, încît plutesc în apă, fără a se sedimenta. Această formă de baie are, după Kowarschik, avantajul că toate substanţele hidrosolubile ale nămolului de turbă devin active, din punct de vedere bioterapeutic. Ele sînt astfel reţinute în nămol, datorită gradului înalt de resorbţie al acestuia, fără a permite dizolvarea lor în apă.

In ultimele decenii, apare tot mai des afirmaţia că se pot obţine aceleaşi rezultate cu nămol diluat, extract de nămol şi suspensii de nămol, ca şi cu nămol şi băi de nămol. Datorită unei documentaţii exacte, rezultatele terapeutice în diferitele îmbolnăviri ginecologice cu băi de nămol au fost dovedite. Factorul fizic, căldură şi substanţele estrogenice din baia de nămol, sînt elementele de bază în terapia ginecologică. Suspensia de nămol se bazează în primul rînd pe mecanismul chimic de acţiune, dar cu acestea, după cum susţine Lachmann, nu trebuie infirmat factorul fizic al băii de nămol. La baia cu suspensie de nămol, cantitatea de adaus de nămol trebuie astfel măsurată, încît cantitatea de substanţe anorganice, care se dizolvă în apă, să fie cel puţin tot atît de mare, încît, din punct de vedere calitativ şi cantitativ, să aibă aceleaşi caracteristici, ca şi apa de mlaştină. Kosmath, un colaborator al lui Benade, subliniază că tratamentul cu suspensie de nămol nu poate fi niciodată un înlocuitor al terapiei clasice cu nămol. El ar putea să se dezvolte eventual ca un nou procedeu de tratament, care ar face parte din hidroterapie şi nu din balneoterapie (citat după Schindler).

Schindler consideră că băile cu suspensie de nămol au fost suficient experimentate şi este de părere că nu poate modifica tratamentul cu băi de nămol. După părerea lui, utilizarea nămolului ca adaus de baie nu are un domeniu de indicaţie propriu, în cadrul medicinii fizice.

Dirnagl, Drexel, Hegenbarth şi Kamm au dovedit, prin cercetări clinice comparative, că între băile păstoase şi cele apoase sînt deosebiri caracteristice, care determină deosebiri de rezultate terapeutice ale celor două forme de băi. De aceea nu pot fi considerate ca avînd aceeaşi valoare băile de nămol şi băile cu suspensie de nămol, chiar dacă sînt asemănări clinice a factorilor de acţiune a celor două băi. Mathies a cercetat pe şobolani efectul de inhibiţie al hialuronidazei prin băi de nămol şi suspensii de nămol, de unde

Scanned with OKEN Scanner

rezultă că ambele au o acțiune inhibantă asupra hialuronidazei prin eliminare de catecolamine prin urină. Căldura are un rol pozitiv doar în măsura în care favorizează resorbția substanțelor active. În baia de apă obișnuită nu a putut fi dovedită inhibiția hialuronidazei. Lachmann este de părere că acțiunea chimică primară a nămolului reprezintă factorul hotărîtor.

Sillo-Seidl comunică rezultatele bune obținute prin terapia intravaginală (în cazul afecțiunilor subacute și cronice) cu suspensie de nămol de Neithardingen, la o temperatură de 38°C, timp de 10—30 minute. În total au fost aplicate 20 de băi.

Laqueur, în 1930, a emis concepția că utilizarea extractelor de nămol de turbă și de soluție (bază) de turbă pentru prepararea băilor generale și de șezut ar fi doar un înlocuitor incomplet al băilor native de nămol. Această afirmație, bazată pe cercetarea clinică, a putut fi sprijinită recent de balneologi prin experiențe pe animale și cercetări clinice. După Laqueur, la băile cu extracte de nămol, poate fi utilizată doar acțiunea clinică (astringentă) a acestora, nu și particularitățile lor terapeutice și mecanice.

La noi se poate face terapie cu suspensie de nămol în stațiunile unde se face și peloidoterapia.

I.3.G.1.1.b. Climatoterapia

Lipsa curelor bioclimaterice din tratamentul ginecologic nu poate fi astăzi concepută, ca și lipsa tratamentului cu nămol sau a apelor clorurosodice. Alegerea stațiunii balneare este de importanță covîrșitoare pentru ca acestea să fie eficiente. La cura balnearo-ginecologică trebuie să diferențiem stațiunile submontane și montane. Sînt de preferat stațiunile submontane.

Indicațiile de bază se referă la tulburările neurovegetative din micul bazin, care în prim plan au simptome generale, cum ar fi: tulburări circulatorii, insomnii rebele, constipație cronică, tulburări gastrointestinale, tulburări de irigație periferică, tulburări de sensibilitate, iar pe lîngă acestea, tulburări ginecologice locale. Curele bioclimaterice în ginecologie trebuie privite sub aspectul terapiei de deconectare și relaxare. În mod deosebit este indicată cura bioclimaterică în climacteriu, în special în pre- și postclimacteriu, cu tulburări accentuate la care nu se reușește restabilirea unui nou echilibru neurohormonal. În aceste cazuri, cura bioclimaterică concurează cu băile clorurosodice.

Un alt domeniu de indicație al curei bioclimaterice sînt stările după operații ginecologice grave, mai ales operații pentru carci-

Scanned with OKEN Scanner

noame (de exemplu operația Wertheim). *Este de preferat ca operația să fie urmată de o cură bioclimacterică de 8—10 săptămîni și nu de un tratament la domiciliu de luni de zile.*

După nașteri grele și în climacteriu, la care se adaugă fenomene de hipertiroidism, pot fi indicate cure bioclimaterice la o înălțime medie, în cazul femeilor cu acuze de climacteriu sau cu tulburări neurovegetative, cum ar fi dureri, spasme, tulburări de ciclu, dismenoree. Este eficientă cura în stațiuni alpine la înălțime medie în zonă bogată în păduri. Influența situației geofizice asupra stărilor psihice are un rol hotărîtor.

Se indică zonele bogate în păduri, dealuri line, peisaje plăcute, care liniștesc sistemul neurovegetativ. O împărțire exactă a programului este foarte importantă. Pe lîngă stimulul climei, se vor face băi de aer, cure interne, dietă, cure de teren dozate, psihoterapie. Pentru bolnavele cu tulburări neurovegetative puternice, razele solare prea puternice nu sînt indicate, ci se recomandă să stea la umbră.

Durata unei cure este de 4—6 săptămîni. Esențialul acestei cure este restabilirea ritmului normal de viață, care la aceste paciente este tulburat. În principiu, vor fi luate în discuție numai clime puțin aspre. Femeia suprasolicitată ca soție, mamă, suprasolicitată în profesie, este pacienta care reacționează cel mai bine. La femei care au intrat în climacteriu, vor fi evitați munții înalți. Curele bioclimaterice sînt indicate mai ales în medicina preventivă, în convalescență și în cadrul reabilitării (Fasterling).

Alte indicații sînt tulburările ciclismului, insuficiență ovariană, tulburări de dezvoltare genitală, în cură de 2—3 săptămîni după o cură de peloidoterapie.

În insuficiența ovariană a fetelor tinere este indicată cura montană la 800—1 400 m altitudine (Vatra Dornei, Borsec, Sovata etc.).

Contraindicații pentru cure bioclimaterice, practic, nu există.

Cura de aer

Are o mare importanță în balneoterapie și ginecologie. Pe scară valorică, ea se situează la același nivel cu băile clorurosodice, băile de nămol și gimnastica medicală.

Indicația curei de aer este completarea celorlalte proceduri care urmăresc resorbția procesului inflamator. Ea se asociază cu nămoloterapia în insuficiența ovariană degenerativă și vegetativă; în sterilitate; în tulburări vegetative; reconvalescența și preventiv în stările de debilitate fizică.

Scanned with OKEN Scanner

Conduita practică. Prescripţia trebuie făcută cu mult discernămînt, din ea rezultînd perioada zilei în care se va executa, durata şi faptul dacă se face la soare sau la umbră.

În tulburările neurovegetative ale micului bazin, tratate cu băi clorurosodice, cura de aer efectuată în zilele fără baie, reprezintă un factor la fel de important ca şi cel al băii. Dacă nu se prescrie, ne putem aştepta la rezultate mult inferioare. Ele duc la realizarea echilibrului vegetativ. Locurile indicate sînt pădurea şi pajiştea.

Cura se va face sub supravegherea unui personal calificat. Scopul este scăderea tonusului simpatic. În timpul curei nu se va permite cititul şi lucrul de mînă. Se va executa în condiţii de linişte deplină. Pacientele vor fi învelite în pături. Se execută înainte şi după masă, cîte două ore, în zilele fără baie. Prin ele se obţine trecerea hipersimpaticotoniei într-o fază trofotropă.

Cura de teren

Creşterea eficienţei curelor de aer se realizează prin efectuarea unei uşoare cure de teren, dozată individual. Cura de teren este adaptată posibilităţilor fizice ale femeii. În funcţie de pante, poate fi clasificată în patru categorii: pantă de: 0—3°, 3—5°, 5—8°, 8—11°.

Drumurile vor fi marcate pentru a nu fi greşite de pacientă şi prevăzute cu bănci pe care să se aşeze în caz de oboseală. În fiecare zi se va creşte distanţa şi panta.

I.3.G.1.1.c. Termoterapia

Termoterapia (după Grober şi Stieve — 24) este o componentă principală a tratamentului conservativ în ginecologie. La multitudinea procedurilor termoterapeutice la care se adaugă combinaţiile acestora cu alte proceduri, este greu să se facă o apreciere justă a măsurii în care diferitele proceduri termoterapeutice îşi aduc contribuţia în rezultatul obţinut. Rezultatele experienţelor, care scot în evidenţă un efect sau altul, sînt greu de extins asupra omului fiind legate, cel puţin în ginecologie, de o serie de greutăţi. Corespunzător cu senzaţia individuală se pot deosebi următoarele forme de termoterapie:

— aplicarea căldurii;
— aplicarea frigului;
— aplicarea alternativă cald-rece.

Utilizarea căldurii

Două grupe de acţiuni ale căldurii sînt deosebit de importante. În primul rînd este vorba de stimulare şi reglare, în al doilea rînd de activarea resorbţiei şi refacerea ţesuturilor.

Scanned with OKEN Scanner

1. **Indicaţiile termoterapiei.** Acţiunea de stimulare şi reglare se situează pe prim plan, în tratamentul:

— sterilităţii şi infertilităţii fără cauze aparente;

— insuficienţei ovariene vegetative şi generative, inclusiv a tulburărilor pluriglandulare; aici este indicată o anumită reţinere privind un tratament hormonal uneori neţintit şi acordarea unei importanţe mai mari a mecanismelor de reglare vegetativ-nervoase;

— dismenoreei, cu toate greutăţile privind aprecierea etiologiei;

— tulburărilor neurovegetative în micul bazin;

— scăderii funcţionalităţii intestinului şi a vezicii care pot apărea după intervenţii operatorii;

— scăderii activităţii glandelor mamare în perioada de lactaţie şi reducerii primare sau secundare a contracţiilor uterine în cadrul inducerii naşterii.

Stimularea resorbţiei şi refacerea ţesuturilor sînt deosebit de importante în:

— inflamaţii cronice, cel mai vechi şi cuprinzător domeniu de aplicare a căldurii;

— exsudate şi aderenţe în urma inflamaţiilor sau operaţiilor;

— relaxarea ţesuturilor şi tulburări de statică consecutivă;

— chisturile adevărate ale ovarelor;

— staza laptelui la începutul lactaţiei;

— edeme după tromboze.

2. **Contraindicaţiile termoterapiei** sînt:

— tumorile benigne sau maligne, care, indiferent de natura lor, suferă prin căldură stimuli care duc la creştere;

— graviditatea şi lehuzia în special în primele perioade datorită pericolului avortului, respectiv a hemoragiei;

— toate hemoragiile genitale care se pot exacerba datorită căldurii.

La aprecierea felului de aplicare a terapiei trebuie luată în considerare intensitatea cu care este solicitat organismul, avînd în vedere starea pacientei, rezistenţa ei şi eventualele boli asociate. Din acest motiv *în cazul bolilor acute sau în alte stări grave se renunţă la termoterapie.*

3. **Locul, felul şi durata de aplicare.** Unde, cînd şi cum se aplică căldura, depind de boala de bază, de datele anamnezei, de posibilităţile locale şi de intensitatea dorită a terapiei. În funcţie de loc intră în discuţie aplicări la: domiciliul bolnavei, cabinetul medical, ambulanţa unui spital sau institut şi tratamentul în staţionar (clinic sau spitalicesc).

Acţiunea asupra organelor genitale interne necesită întotdeauna o intensitate relativ mare a procedurilor. După aplicarea procedurii

Scanned with OKEN Scanner

trebuie asigurată odihna, necesară pentru a evita influența negativă a frigului sau a altor noxe. Din această cauză, tratamentele ambulatorii necesită un timp îndelungat. Acest timp poate fi atît de lung, încît este incompatibil cu activitatea profesională. În acest caz se pune problema aplicării procedurilor terapeutice la domiciliul bolnavei sau la policlinică, iar dacă aceasta nu este posibil, se preferă un tratament în staționar.

În ce privește durata tratamentului, ea depinde de rezultatele obținute. Din experiență se poate planifica aproximativ timpul necesar tratamentului. Aici este vorba numai de valori aproximative de timp.

4. **Procedurile cele mai importante.** — *Diatermia cu unde lungi.* Exceptînd electrochirurgia, care aici nu intră în discuție, diatermia cu unde lungi a ajuns să nu mai aibă în practica ginecologică o importanță prea mare.

Conduita practică: se introduce de obicei un electrod în vulvă sau rect, iar al doilea se aplică pe hipogastru. În funcție de suprafața electrodului cuprinsă între 50 și 300 cm^2, depinde în mare măsură dozarea intensității curentului care variază în general între 0,5 și 2,0 A. Hotărîtoare însă, la orice fel de aplicare de căldură, este senzația individuală a fiecărei paciente. Durata ședințelor va crește progresiv de la 10 la 20—30 minute.

— *Razele ultrascurte* reprezintă una dintre procedurile care utilizează căldura. De obicei se folosesc aparate de 300—400 W cu determinarea automată a rezonanței. Aplicarea se poate face în cîmp electromagnetic, de condensatori sau de bobine.

Iradierea zonei uterine în cîmp de condensatori se efectuează folosind, cu cele mai bune rezultate, doi electrozi de mărime identică (12×18 cm sau mai mult), flexibili. Bolnava se așază cu regiunea sacrată și fesieră pe unul dintre electrozi, celălalt este aplicat în regiunea pubo-vezicală. Dozarea se adaptează sensibilității pacientei, intensitatea suferind în timpul aplicării o creștere ușoară. Ședințele se încep cu 8—10 minute, crescînd timpul de expunere pînă la 20—30 minute.

Inflamațiile vulvei, în special dacă este vorba de furuncule sau abcese, se tratează prin iradiere țintită în cîmp de condensatori.

Pentru aceasta, un electrod mare, flexibil, se aplică pe hipogastru sau pe spate, la distanță ceva mai mare de piele, iar electrodul mic, rigid, se aplică cît mai aproape de zona afectată. Durata și intensitatea sînt în funcție de sensibilitatea individuală.

Insuficiența ovariană se poate trata prin iradierea zonei hipofizo-diencefalice.

Se preferă și în acest caz cîmp de condensatori, aplicîndu-se electrozi rigizi de mărime medie în zona tîmplelor, la distanță de 5—10 cm de piele. Intensitatea curentului va fi mică, neproducînd senzație de căldură notabilă.

Scanned with OKEN Scanner

Şedinţele se încep cu durată de 5 minute, crescînd lent pînă la 10 minute. De obicei se prescriu două proceduri pe săptămînă. Această formă de aplicare necesită o supraveghere deosebit de minuţioasă.

Iradierea sînilor se efectuează în stări de stază a laptelui, în mastite etc.

Se utilizează doi electrozi foarte mari, de obicei flexibili, dintre care unul se aplică pe ambii sîni, iar celălalt la aceeaşi înălţime pe spate, ambii cît mai apropiaţi de piele. O acţiune asemănătoare se poate obţine prin aplicarea a cîte unui electrod de o parte şi alta, pe feţele laterale ale sînului. În sfîrşit, se pot folosi trei electrozi, doi fiind cuplaţi, dintre aceştia unul pe un sîn, celălalt pe sînul contralateral, iar al treilea de obicei mai mare, situat la aceeaşi înălţime cu primii, pe spatele pacientei.

Metodele descrise se utilizează pentru iradierea uniformă a sînilor în special în stări de stază a laptelui şi pericol de mastită, cît şi pentru o stimulare a secreţiei lactate în hipogalactie. Altfel se procedează pentru obţinerea resorbţiei unei mastite abcedate. În cazul acesta se aplică un electrod mare distanţat de piele, la nivelul spatelui, cam la înălţimea mamelelor, iar un electrod mic, dur, se va aplica cît mai aproape de pielea zonei afectate.

În stări după tromboze ale extremităţilor inferioare sau a micului bazin se pot utiliza razele ultrascurte.

Dintre cei doi electrozi medii, flexibili, unul se aplică pe plantă, celălalt la nivelul plicii inghinale respective sau în hipogastru. Se produce astfel o iradiere longitudinală a membrului inferior respectiv. Intensitatea şi durata şedinţelor este în funcţie de suportabilitatea individuală, crescînd continuu, dar încet parametrii.

Pentru tratamentul cu raze ultrascurte în cîmp de condensatori există electrozi speciali care pot fi introduşi în vulvă sau rect.

Pentru influenţarea organelor genitale interne, inclusiv a parametrelor, cele mai indicate sînt razele ultrascurte în cîmp de condensator. Datorită însă dispoziţiei neuniforme a undelor, există o anumită greutate în dozare cu posibilitatea încălzirii neuniforme a diferitelor ţesuturi. Pentru practica ginecologică sînt recomandate în special aparatele de raze ultrascurte.

Nici una dintre formele curenţilor electromagnetici, utilizaţi pentru producere de căldură, nu este nocivă la om.

— *Baia de lumină parţială* prezintă o importanţă deosebită în ginecologie. Aceasta se utilizează atît pentru tratamentul inflamaţiilor cronice, cît şi pentru stimularea peristalticii intestinale după operaţii.

De obicei este utilizat un suport sub formă de tunel prevăzut în interior cu becuri. În funcţie de suportabilitatea individuală se aprind toate sau numai o parte din becuri, pe durată de 20—30 minute.

Scanned with OKEN Scanner

Mai puțin utilizate sînt aparatele, în principiu identice cu cele de sus, dar care folosesc, în loc de becuri, rezistențe.

Băile de lumină pot fi utilizate în orice fel de pat, expunînd bineînțeles doar o singură parte a corpului.

În cazul proceselor superficiale localizate, se pot folosi *lămpile Sollux* sau *lămpile cu infraroșii*. Intensitatea poate fi variată în funcție de distanța dintre sursă și piele. Atît distanța, cît și durata de aplicare (de obicei 10—20 minute), depind de suportabilitatea individuală.

Mijloace foarte simple, utilizate de obicei în aplicații casnice, sînt *perna electrică* și *termoforul cu apă*. Utilizarea acestor aparate este foarte simplă, trebuind însă să se atragă atenția pacientei asupra faptului că între căldură și „a frige" există deosebiri mari; de asemenea ca după aplicarea căldurii trebuie să fie evitate toate influențele negative de temperatură. Din această cauză, aplicarea se va face seara în pat.

Dacă între piele și pernă se aplică o pînză udă, se vorbește de „căldură umedă".

Din domeniul hidroterapiei aparțin băile calde complete, parțiale și în special băile de șezut.

— *Băile complete* se utilizează în inflamațiile cronice și în insuficiența ovariană; ele sînt totodată foarte eficiente, ca mijloc ajutător, în cazul inducerii medicamentoase a nașterii. În funcție de suportabilitate, temperatura variază între 34 și 40°C, cu o durată de 15—30 minute.

— *Băile parțiale*. Dacă starea generală alterată, în urma unor procese acute, nu permite băile complete, se prescriu la început băi de jumătate sau de trei sferturi.

— *Băile de șezut*, importante în ginecologie, se folosesc în inflamații și insuficiențe, precum și după operații vaginale, ginecologice sau obstetricale. Temperatura băii se adaptează suportabilității individuale, crescînd timpul de aplicare de la 10 la 30 minute. În tratamentul insuficienței ovariene se pot utiliza băi de șezut ascendente. Se începe cu o temperatură relativ caldă, crescînd-o pînă la limita suportabilității maxime.

— *Dușurile*. Se folosește dușul perineal sau bideul. Independent de efectul igienizant, se poate obține o influență termică locală limitată folositoare, în unele afecțiuni ale vulvei, în special în cazuri în care băile de șezut nu sînt sau încă nu pot fi suportate.

Pe lîngă alte efecte, irigațiile mai pot fi utilizate și ca termoterapie. La temperaturi medii, se utilizează canula simplă pînă cînd, în cazul temperaturilor înalte, lichidul de irigație produce

Scanned with OKEN Scanner

dureri. În acest caz, se vor folosi aparate speciale, cum ar fi oglinda vulvară din bachelită. Aproximativ 10—20 litri lichid trec în și prin vulvă de la o înălțime de 1—2 m. Temperatura crește pe parcurs de la 40 la 50°C. Durata se poate extinde de la 5 la 30 minute.

— *Sauna* cu influența ei favorabilă asupra reglării vegetative nu are mare importanță în acest domeniu.

— *Impachetările*. În ginecologie împachetările uscate sînt rar folosite. Mai des sînt utilizate compresele umede, calde, mai ales pentru stimularea vezicii urinare, în lehuzie sau pentru tratamentul bolilor vezicii urinare. Pentru încălzirea intensivă a hipogastrului, în caz de infecții acute în curs de stingere, sînt utilizate cu precădere — în analogie cu balneoterapia — împachetările medii cu termopexie înaltă. Între acestea se numără turba, fango și parafina. Astfel de împachetări se vor întinde de la ombilic și pînă la mijlocul coapsei.

Utilizarea frigului

1. **Indicațiile crioterapiei** sînt:

— inflamațiile acute ale organelor genitale interne și a parametrelor;

— hemoragiile datorite tonusului scăzut al uterului la care hipoxia locală, obținută în urma aplicării frigului, duce la vasoconstricție și contracție;

— hemoragiile din mucoasa vezicii la care umplerea vezicii cu apă de la gheață duce la vasoconstricție cu scăderea sau oprirea hemoragiei;

— creșterea temperaturii corporale, de natură nespecifică, în special după operații sau în lehuzie, la care tratamentul medicamentos nu este necesar;

— tulburările circulatorii însoțite de tulburări ale somnului, deseori întîlnite în climax, la care aplicațiile reci de scurtă durată, eventual limitate, duc, datorită hiperemiei reactive și influențării repartiției sanguine și a sistemului vegetativ, la influențe favorabile de lungă durată. Măsurile aplicate sînt de obicei de scurtă durată și de cele mai multe ori limitate ca întindere.

2. **Contraindicații.** Exceptînd reacțiile primare de obicei puternice în urma frigului, care necesită o bună apreciere a stării generale și a reactivității individului, numărul contraindicațiilor este mic.

Frigul nu trebuie aplicat în cazuri în care este indicată aplicarea căldurii, pentru stimulare sau pentru grăbirea resorbției.

Scanned with OKEN Scanner

Prin irigația sanguină locală scăzută și scăderea sau tulburarea reacțiilor fiziologice normale, pot apărea unele neajunsuri: modificarea florei și biologiei normale a vulvei și apariția sau exacerbarea consecutivă a leucoreei.

3. **Locul, felul și durata tratamentului.** În principiu sînt valabile toate cele expuse la utilizarea căldurii. Datorită particularităților lor, măsurile care duc la aport de frig sînt practic ușor de executat. Datorită acelorași particularități, aplicațiile nu se efectuează pe un timp prea lung.

4. **Procedurile cele mai importante**

— *Punga de gheață* este cel mai des utilizată. Intensitatea acțiunii frigului se poate doza aproximativ prin grosimea pînzei aplicată între pungă și piele, pînză care este necesară de fiecare dată. Se pot utiliza și vase speciale din metal sau țevi metalice dispuse spiralat, prin care circulă apă rece.

— *Comprese sau împachetări reci* sînt deseori folosite în cadrul hidroterapiei, țelul urmărit în aceste cazuri este hiperemia reactivă. Rareori urmărim să realizăm pe această cale o hipotermie permanentă care poate fi obținută prin aplicarea concomitentă de pungă cu gheață; în aceste cazuri acțiunea frigului este deosebit de intensă.

— *Irigații vaginale reci* de lungă durată reprezintă o altă modalitate de aplicare a frigului, lichidul de irigație avînd în acest caz temperaturi între 10 și 12°C.

— *Dușurile și stropirile reci* sînt utilizate în dereglările vegetative, întîlnite adesea în climax.

Tratamentul inițiat de S. Kneipp este un mijloc excelent de combatere al distoniilor vegetative de orice fel, mai ales cele din climax. Aplicațiile de acest gen, făcute la domiciliu sau ambulatoriu, dau rezultate deseori bune, fiind în cele mai multe cazuri suficiente. În tulburările grave trimiterea în stațiuni de tip Kneipp pe durată de 4—5 săptămîni este preferabilă. Prin aceasta, bolnava este scoasă din mediul de muncă și familial, fiind eliminate eventualele influențe negative. Acest fapt este foarte important în perioada climaxului.

Pentru tratamentul inflamațiilor cronice a organelor genitale interne sînt recomandate de asemenea aplicații Kneipp, dar într-o măsură mai mică.

Utilizarea alternativă a căldurii și frigului

Sînt indicate în special în cazul stazelor varicoase și posttrombotice.

Scanned with OKEN Scanner

De cele mai multe ori și cu bune rezultate, se aplică băile alternante a gambelor. Mai rar se utilizează dușuri alternante sau irigații alternante vaginale.

Forme speciale de băi și împachetări

Se includ procedurile hidroterapeutice la care pe lîngă efectul termic se asociază și alte efecte, mai mult sau mai puțin importante, datorită substanțelor adăugate sau procedurilor aplicate.

Substanțe dizolvate sau amestecate cu apă

Indicațiile, contraindicațiile și tehnica utilizării acestora în spitale, ambulatorii sau la domiciliu, corespund practic cu cele de balneoterapie, dar nu trebuie să uităm că astfel de utilizări sînt inferioare tratamentelor din stațiuni balneare. Aceasta este valabil cu atît mai mult în cazul băilor preparate prin amestec de produse naturale sau sintetice cu apa. De obicei este vorba doar de un mijloc ajutător indicat în cazurile în care boala de bază sau alte boli împiedică trimiterea bolnavei la cură balneară. De asemenea este indicată cu bune rezultate aplicarea de astfel de substanțe pentru sprijinirea sau completarea altor tratamente a căror execuție nu se poate face în stațiuni balneare.

Adausurile la apă se pot face atît pentru băi de diferite feluri, cît și pentru comprese și împachetări umede, fără să se aștepte rezultate spectaculoase. Din multitudinea de substanțe naturale sau sintetice, extracte sau uleiuri eterice, se amintesc numai acelea care au importanță și efecte terapeutice favorabile în ginecologie.

Acțiune deodorantă au mușețelul, coniferele și permanganatul de potasiu. Astfel de mijloace au, atît o acțiune de curățire mecanică, cît și o bună acțiune asupra vindecării rănilor, precum și o oarecare acțiune antiinflamatorie de care trebuie să se țină seama.

O acțiune astringentă și anestezică are acidul tanic, prezent în majoritatea scoarțelor de copac (cel mai des se utilizează scoarța de stejar).

Substanțele amintite sînt adăugate de obicei băilor calde de șezut. Astfel de băi sînt indicate mai ales după operații de perineu, vulvă sau col uterin, dar și în inflamații vulvare asociate cu leucoree accentuată.

Substanțele cu conținut în amidon, cum ar fi tărîțele de grîu, acționează sedativ, scăzînd iritația locală și durerile consecutive acesteia. Ele sînt utilizate în vulvite, furuncule sau abcese ale vul-

vei. Ele pot fi aplicate cu bune rezultate în pruritul vulvar dacă nu sînt prezente leziuni ale pielii. Se vor alege temperaturi în jurul punctului de indiferență.

Băi speciale

Băile Stanger, care aparțin mai mult electroterapiei, au în ginecologie o importanță mai mică.

— *Enteroclinerul* se utilizează mai des. Printre indicațiile lui menționăm: constipațiile, pregătirile preoperatorii, coprostază și infecțiile acute.

Aplicarea se face asemănător cu irigațiile vaginale, constituind, ca și acestea de fapt, o termoterapie. Cantitatea lichidului de irigație este de 20—30 de litri, temperatura de 39—41°C, adausurile avînd un rol subordonat.

Termoterapia în ginecologie

— *Sterilitatea sau infertilitatea* fără cauze aparente sînt de cele mai multe ori tratate în stațiuni balneare prin cure de cîte 5—6 săptămîni. Mai puțin eficient este un tratament asemănător de aceeași durată în spital. După cură, sînt recomandate tratamente la domiciliu.

— *Insuficiența ovariană* reprezintă o indicație de importanță deosebită pentru termoterapie. Aceasta este valabil atît pentru formele vegetative cu hipoplazie, pentru hipoplazia uterină, cît și pentru formele degenerative cu anomalia ciclului și pentru asociațiile acestora cu tulburări pluriglandulare.

De gravitatea și particularitățile cazurilor depinde:

— alegerea locului de tratament;

— intensitatea terapiei necesare.

În insuficiențele grave, cum ar fi amenoreea de lungă durată, este mai indicat un tratament spitalicesc decît trimiterea la cură balneară. Pe lîngă măsurile dietetice și gimnastică, termoterapia este de cea mai mare importanță. Se va utiliza toată scara excitațiilor termice, aplicîndu-le alternativ. Procedurile vor fi aplicate zilnic, crescînd intensitatea pînă la limita suportabilității maxime. Felul și volumul măsurilor termoterapeutice se dozează în funcție de încărcarea prin alte proceduri, cum ar fi gimnastica sau masajul ginecologic. Prin aceasta se reușește să se aplice zilnic o excitație cam de aceeași intensitate. Din 4 în 4 săptămîni sau la 4 săptămîni după o menstruație, se mai aplică pînă la următoarea menstruație, sau în lipsa apariției ei, pentru 4—5 zile, băi de șezut ascendente. Printr-un astfel de tratament acționînd, atît asupra organelor geni-

Scanned with OKEN Scanner

tale, cît și asupra sistemului neurovegetativ și asupra diencefalului, se obțin rezultate favorabile în 2/3 din cazuri.

Dacă este vorba de insuficiență ovariană de gravitate medie, este indicată cura balneară într-o stațiune cu nămol de durată de 5—6 săptămîni. Adesea această cură este recomandată în continuarea unui tratament spitalicesc. Nu este bine să ne mulțumim numai cu un rezultat imediat, mai ales dacă a fost vorba de tulburări grave. O apreciere definitivă a rezultatelor obținute se poate face abia după 6 luni, cînd se vorbește de vindecare doar dacă în această perioadă menstruațiile au fost normale.

Numai în cazurile de insuficiență ușoară — în combinație cu gimnastică și dietă — se apelează la tratamente la domiciliu cu pernă electrică și termofor sau tratamente ambulatorii, de exemplu cu raze ultrascurte. Aceste proceduri sînt indicate pe o perioadă mai lungă și după tratament staționar sau cură balneară. În cazuri grave este necesar un tratament într-o stațiune Kneipp pe timp de 4—6 săptămîni, care este urmat de asemenea de mijloace casnice sau ambulatorii.

— *Dismenoree, tulburări neurovegetative din micul bazin,* și *relaxarea țesuturilor cu tulburări de statică* constituie indicații pentru termoterapie, pe lîngă gimnastică. Procedurile ambulatorii și casnice sînt suficiente în majoritatea cazurilor. În formele grave se recomandă cure de 4—6 săptămîni cu băi clorurosodice și nămol; doar în cazuri extreme, tratament spitalicesc de aceeași durată.

— *Constipațiile* uneori sînt eficient influențate doar de *enterocliner,* mai ales în cazurile cronice, grave, neinfluențabile pe alte căi.

— Un alt domeniu de aplicare a termoterapiei este reprezentat de *inflamațiile de toate genurile și hematoamele.*

— *Vulvitele* beneficiază de acțiunea băilor de șezut călduțe; comprese cu ceai de mușețel, tărîțe sau suspensii de nămol, la temperaturi nu prea ridicate.

— *Hematoamele din regiunea vulvei sau a țesuturilor* micului bazin beneficiază de acțiunea frigului, care se aplică la început. După oprirea hemoragiei, timp de 1—2 zile, se sistează toate excitațiile termice, apoi se recomandă aplicările de căldură, începînd de la comprese simple, băi de șezut, pînă la raze ultrascurte. În cursul tratamentului, intensitatea la început mică, este crescută pînă la limite cît mai mari.

— *Colpitele* sau leucoreea beneficiază de tratamentul cu raze ultrascurte, băi de șezut și împachetări la temperaturi crescînde.

— *Endometrita* este influențată favorabil prin frig, cel mai simplu cu aplicații de pungă cu gheață pe hipogastru. Mai tîrziu, exci-

Scanned with OKEN Scanner

taţiile determinate de căldură, la intensitate scăzută, sînt avantajoase.

— *Procesele anexiale inflamatorii* cu toate repercusiunile lor decurg intraperitoneal, în timp ce *parametritele* sînt inflamaţii extraperitoneale. Datorită însă tratamentului identic, ambele forme de inflamaţii pot fi discutate în acelaşi loc. În stadiul acut, se tinde la limitarea extinderii procesului prin aport de frig; în acest scop se aplică pungă cu gheaţă pe hipogastru. Dacă fenomenele acute cedează se suprimă pentru cîteva zile toţi excitanţii termici, apoi se începe cu aplicarea de căldură, supraveghind atent. În afară de comprese călduţe, deosebit de importante sînt băile de lumină la un dozaj mic; abdomenul de obicei foarte sensibil, nu este astfel iritat. Dacă după aceste măsuri, nu se produce o reacutizare a procesului, constatîndu-se o temperatură corporală normală, valori leucocitare în limite normale şi o scădere a V.S.H. evidentă se va creşte încet excitaţiile termice calde. Atît începutul creşterii dozei tratamentului termic, cît şi întinderea lui în timp, depind, exceptînd criterii obiective, de măsura în care excitantul termic este suportat de fiecare pacientă în parte. În cazul insuportabilităţii, sau al exacerbării procesului inflamator, se suspendă aportul de căldură, introducînd frigul. În caz contrar se fac treceri la mijloace tot mai intensive, electro- sau hidroterapeutice. Inflamaţiile extinse, grave, ale anexelor sau parametrelor necesită întotdeauna o spitalizare îndelungată, urmată de o cură balneară de 4—5 săptămîni. Măsuri casnice sau ambulatorii sînt suficiente doar în cazuri foarte uşoare, fiind recomandate în continuarea tratamentului din staţionar sau balnear.

În inflamaţiile cronice de acest fel, inclusiv în aderenţe, sînt recomandate cure balneare de 4—5 săptămîni, care trebuie adesea repetate după unul sau mai mulţi ani. Se recomandă apoi cure ambulatorii sau la domiciliu, cu aport mediu de căldură, pentru un timp îndelungat sau permanent.

Pe multe căi, termoterapia reprezintă un sprijin al măsurilor pre- şi postoperatorii prevalente.

— *Favorizarea motilităţii intestinale,* după intervenţii, se poate realiza prin băi de lumină; excitaţiile mecanice pe peretele abdominal şi asupra plăgii sînt astfel evitate. Creşterile temperaturii corporale de natură nespecifică, în faza postoperatorie, care nu necesită terapie specifică, pot fi eliminate prin cedare de căldură de către organism, aplicînd comprese reci sau împachetări reci ale gambelor.

Scanned with OKEN Scanner

Un aport de căldură, introdus cu discernămînt și la intensitatea mică, intensitate care apoi este crescută progresiv, facilitează vindecarea plăgilor și resorbția exsudatelor prevenind aderențele.

— *După intervenții vaginale* de orice fel, chiar și după episiotomii, se recomandă băi de șezut. Adausuri de substanțe cum ar fi acidul tanic sau permanganatul de potasiu, sînt recomandate. Dușul perineal are influență favorabilă mai ales în cazurile în care se manifestă o slabă tendință la vindecare. Procedurile amintite sînt aplicate individualizat.

— *După operații pentru complicații inflamatorii ale organelor genitale interne,* cura balneară de 4—5 săptămîni are multe avantaje. Același lucru este valabil dacă în urma intervențiilor, apar fenomene de sindrom aderențial sau cicatrice întinse dure. În sfîrșit astfel de cure sînt indicate și în urma aplicării unor măsuri operatorii pentru redobîndirea fertilității.

— *După tromboflebitele acute ale membrelor inferioare,* se pot aplica comprese sau împachetări reci, utilizînd adausuri alcoolice. În continuare, se fac aplicări calde pentru a grăbi vindecarea. Deosebit de eficiente s-au dovedit iradierile longitudinale în cîmp de condensatori cu raze ultrascurte. Acestea sînt eficiente și la tratamentul stărilor posttrombotice. De asemenea cu bune efecte, în astfel de cazuri, sînt: băile alternante și băile parțiale carbogazoase. În ulcerul gambelor este eficient tratamentul cu ultrasunet subacval.

— *Hemoroizii* beneficiază de acțiunea băilor de șezut cu adaus de acid tanic care aduc, de obicei, o reducere a acuzelor subiective.

În urologia ginecologică există o serie de afecțiuni și modificări în care termoterapia este eficientă.

— *Tulburările funcțiilor renale,* care pot apărea atît după operații, cît și în sarcină și lehuzie, pot fi înlăturate prin iradieri cu raze ultrascurte în regiunea renală.

— *Tulburările de micțiune* sînt favorabil influențate de comprese umede și calde pe hipogastru. Deoarece aceasta este cazul în urma intervențiilor operatorii și a nașterilor, temperatura aplicată trebuie să fie numai cu puțin deasupra punctului de indiferență.

— *Hemoragia vezicii urinare* beneficiază de acțiunea crioterapiei: umplerea acesteia cu apă de la gheață, cu adaos de hemostatice, poate fi eficientă. Eventual se poate aplica frigul și prin pungă de gheață pe hipogastru.

— *Pielitele* reprezintă o indicație pentru termoterapie, de exemplu raze ultrascurte în zona renală. Enteroclinerul este recomandat în infecții reno-ureterale cu colibacili, apărute în urma constipației sau coprostazei, fenomen des observat în graviditate. Este de ase-

Scanned with OKEN Scanner

menea indicat, pentru ușurarea eliminării concrementelor calculoase din sistemul urinar.

— *Tulburările motilității uterului* pot fi înlăturate prin termoterapie, utilizată atît pentru inducerea nașterii, cît și în ineficiența contracțiilor uterine.

— *Atonia uterină după naștere* constituie o indicație pentru termoterapie cu frig, prin aplicarea pungii de gheață pe hipogastru. Va apare astfel contracția uterină cu hemostaza consecutivă.

I.3.G.1.1.d. Electroterapia

Spre deosebire de termoterapie, electroterapia, tratamentul cu ultrasunete și raze ultraviolete, procedurile care vor fi descrise în acest capitol (după Grober și Stieve (24)), au o importanță mai mică. Utilizarea lor are totuși adesea mari avantaje și o influență hotărîtoare asupra reușitei tratamentului.

Privind aprecierea critică a rezultatelor acestor metode din punct de vedere practic, sînt valabile cele spuse la termoterapie.

Curenții simpli

— *Prevenirea emboliei.* Pericolul de embolie trombotică — cu tromboze de cele mai multe ori pe membrele inferioare — se încearcă să se prevină prin curenți monofazici. Curenții de disociație ar duce pe calea electroosmozei la o reacție unilaterală a trombului cu fixarea acestuia de peretele vasului. Concomitent s-ar obține o facilitare a recanalizării.

Se utilizează electrozi mari aplicați la nivelul vaselor trombozate, de o parte și alta a membrului. Vom ține cont de scurgerea curentului care trebuie să se facă totdeauna în aceeași direcție. Reacția de fixare a trombului se produce de partea catodului. Intensitatea curentului va fi de 1 mA, la început timp de 2—3 minute, crescînd progresiv la 20—40 mA, timp de pînă la o oră. De cele mai multe ori, un tratament de 10 zile este suficient. Alții recomandă intensități mai mici de 0,5—1 mA, cu durată mai scurtă.

Tulburările de climax pot fi influențate favorabil prin electroterapie.

Curentul trecut prin doi electrozi de forma lopeților, din aluminiu, aplicați pe obraji și gît ar *influența hipotalamusul.* Intensitatea curentului ar crește încet de la 4 la 15 mA; durata de la 7 la 15 minute, tratînd zilnic, 2—3 săptămîni.

Prin stimularea electrică, a cervixului uterin, se tinde la *influențarea hipofizei* pe calea simpaticului și parasimpaticului. Scopul tratamentului este reechilibrarea tulburărilor de climax și menopauza precoce.

Scanned with OKEN Scanner

Un electrod bipolar este introdus pînă la orificiul intern al colului, intensitatea curentului este de 3—6 W, frecvența de 70/secundă. Ședințele durează 3 minute. În general se execută 2 ședințe pe zi.

Pe aceeași cale se pot obține rezultate bune prin modificări de tonus vegetativ în: *anomalii ale ciclului hormonal, dureri în micul bazin, infecții genitale cronice* și în unele *tulburări vegetative.*

— *Constipațiile rebele* pot fi de asemenea influențate prin electroterapie.

Se aplică doi electrozi mari asupra abdomenului. Durata impulsurilor 150 m/s cu pauză de 1—2 s par a avea acțiunea simpaticului. Impulsuri de 20 m/s, cu pauză de 1—2 s acționează asemănător cu parasimpaticul.

Atonia vezicală poate fi influențată favorabil prin electroterapie.

Se utilizează 2 electrozi identici de 200 cm^2. Un electrod se aplică deasupra simfizei pubiene, celălalt lombosacrat; intensitatea curentului 15—20 mA, durata impulsurilor 20 m/s, pauze de 1—3 s. În cursul tratamentului expunerea este crescută de la 5 la 15 minute.

Curenții interferențiali

În cazul inflamațiilor, curenții interferențiali, prin excitații localizate, pot acționa favorabil. Există comunicări privitoare la rezultatele favorabile în *procese anexiale* cu astfel de măsuri.

Vor fi aplicați 4 electrozi metalici, de aceeași mărime, în așa fel încît cîte doi electrozi se privesc față în față, iar încrucișarea curenților produși să fie localizată la nivelul focarului de inflamație. Se execută 10—20 ședințe a cîte 20 minute, cu o intensitate de 20—50 mA.

Curenții diadinamici

Utilizați înainte numai *în cazul durerilor*, își găsesc în ultima vreme aplicarea și *în tulburările de involuție ale uterului* și în *constipații.*

Ultrasunetele

Aproape nu există altă terapie fizică, care suferă așa mari oscilații în ce privește aprecierea valorii terapeutice, de către diferiți autori, ca ultrasunetul. Aceasta este valabil în ceea ce privește pericolul unei astfel de terapii, cît și al acțiunii din care decurg indicațiile și contraindicațiile.

Indicațiile și contraindicațiile se bazează pe: acțiunea mecanică stimulatoare, modificarea repartiției lichidiene și efectul antialgic.

Scanned with OKEN Scanner

În această privință, vederile sînt de asemenea împărțite. Unii autori recomandă ultrasunet doar în îmbolnăviri neinflamatorii, alții în primul rînd în cele inflamatorii; unii încearcă influențarea uterului și al anexele pe calea directă, alții indirect influențînd sistemul vegetativ și endocrin prin iradierea hipofizei.

Există comunicări despre rezultate favorabile în: inflamații ale sînilor și anexelor; hipoplazia uterină; parametropatia spastică; mastopatie; exsudate; procese inflamatorii cronice; lombalgii; degenerarea microchistică a ovarelor; sterilitate, crauroza vulvară și insuficiența hormonală.

Utilizarea ultrasunetului se face de obicei, local, la nivelul țesutului de influențat. În tulburări hormonale sau ale ciclului, pe lîngă influența directă asupra ovarelor, se mai discută iradierea zonei hipofizo-diencefalice, a tiroidei, a ganglionului cervical superior și a coloanei vertebrale la nivelul D_{11}—L_5.

În procesele anexiale inflamatorii, rezultate favorabile se obțin prin combinația infiltrației cu hyason și ultrasunet. De asemenea în inflamații, dar în primul rînd în reumatism, se poate combina ultrasunetul cu terapia prin hipertermie, în cabina de febră. Un tratament endovaginal cu ultrasunet se poate aplica în colpită și leucoree; de asemenea în infecții trihomoniazice. Se recomandă precauții în ceea ce privește indicațiile ultrasunetului în ginecologie. Prin aceasta dorim să prevenim o depreciere nefondată a procedurii care alternativ a fost considerată drept „panaceu universal, apoi ca periculoasă sau fără rezultate. Indicațiile majore ale ultrasunetului există în alte specialități. În schimb s-au obținut bune rezultate în tratamentul cu ultrasunete a stărilor posttrombotice, în special în prezența ulcerului crural.

La fel de dificilă, ca și aprecierea indicațiilor, este stabilirea contraindicațiilor. Cu toate că există și alte păreri, graviditatea reprezintă o contraindicație. Acest lucru este valabil, atît pentru aplicarea pe uterul gravid, cît și pentru aplicațiile utilizate pentru a acționa asupra hipofizei și diencefalului.

Dozarea și tehnica. Există opinii divergente privind dozajul. Diverși autori recomandă intensități între 1 și 3 W/cm^2, doza pentru iradierea hipofizei fiind mai mare decît pentru ovare. Pentru aplicarea ultrasunetului intravaginal se folosesc intensități între 0,6 și 2,5 W/cm^2. Mărimea capetelor de iradiere variază între 1 și 12 cm^2. De obicei, se folosește ultrasunetul monofazat cu o frecvență medie de 800 kHz. La terapia intravaginală de intensitate mai mare este recomandat și ultrasunetul cu impulsuri. Iradierile intravaginale sînt executate cu capăt de iradiere fix, în rest procedura se execută cu capăt mobil. În măsura în care nu se aplică ultrasunet, subacval, mediul intermediar este de obicei uleiul de parafină.

Scanned with OKEN Scanner

Ședințele, efectuate zilnic sau la 2 zile, durează 3—10 minute. În total se aplică 6—12 proceduri.

În stări posttrombotice, cu deosebire ulcerul crural, se tratează subacval cu doze crescînde. Intensitatea se crește încet de la 0,5 W/cm^2, la început, la 2,5 W/cm^2, cu durată de 10—15 minute. În timpul efectuării procedurii, se trece dincolo de zona afectată în domeniul pielii sănătoase din jur. La început procedura se aplică zilnic, apoi de 4 ori și la sfîrșit de 2 ori pe săptămînă. Deja după scurt timp se observă o regresiune a stazelor cu vindecarea ulcerelor.

I.3.G.1.1.e. **Razele ultraviolete**

Este vorba aproape în exclusivitate de raze ultraviolete artificiale. Helioterapia ține de balneologie.

Acțiunea razelor ultraviolete. În acest domeniu se cunosc multe date, unele fiind însă controversate. Razele ultraviolete acționează stimulator asupra sistemului endocrin fapt foarte important privind funcția generativă a organelor genitale feminine. Razele ultraviolete ușurează resorbția, măresc mecanismul de autoapărare, cresc puterea de muncă. Au efecte hematogene pozitive. Iradierea ultravioletă declanșează reacția fotochimică de transformare a provitaminelor în vitamine D, stimulînd metabolismul mineral. În ginecologie, acțiunea bactericidă este mai puțin importantă.

Indicațiile și contraindicațiile. Deosebit de importantă este în cazuri de insuficiența razelor ultraviolete naturale în graviditate și lehuzie; aplicarea celor artificiale au rolul de *a preveni* tulburările metabolismului mineral, tulburările activității căilor biliare, prevenirea anemiei gravidice. Ultima se pretează și la tratamentul cu raze ultraviolete.

— *Terapia propriu-zisă* intră în discuție în caz de: osteomalacie, disjuncția simfizei pubiene, anemie, inflamații ale organelor genitale interne, chiar și în timpul stadiului acut, mastită, pelvipatia vegetativă, tulburări de epitelizare a vulvei — iradierea executîndu-se aici la nivelul zonei modificate — și în stimularea generală a pielii.

— *Terapia asociată* în sprijinirea vindecării celorlalte boli, în special în insuficiența ovariană de toate felurile.

Efectul de creștere al mecanismelor de autoapărare se folosește în tratamentul stărilor și bolilor grave cum ar fi: inflamațiile organelor genitale interne, stările postoperatorii, complicațiile sarcinii și lehuziei, nașterile grele și nașterile pe cale operatorie.

Exceptînd bolile grave acute, în special infecțiile intraperitoneale în faza imediat postoperatorie, abia există contraindicații. Trebuie să acordăm stării generale și bolilor asociate importanță cuvenită.

Un risc oarecare există în privința supradozării care trebuie să fie evitată în special în graviditate. Se va considera totdeauna că, pe lîngă celelalte efecte, este prezent și un efect termic.

Tehnica. În măsura în care este posibil se vor folosi razele solare naturale. Orice sursă artificială producătoare de ultraviolete este inferioasă ca efect luminii naturale. Din această cauză, se preferă în unele cazuri helioterapie, ca de exemplu în unele forme de tuberculoză.

În multe cazuri însă razele ultraviolete artificiale prezintă avantaje și sînt indicate. Numai cu o sursă puternică se poate obține o iradiere suficientă a unor suprafețe corporale mari; o localizare mică nu își are rostul în bolile genitale.

Dozarea se face în așa fel încît să apară un eritem minim la iradieri de la o distanță de 1 m față de sursă. Zonele care nu trebuie iradiate vor fi acoperite. Timpul de iradiere se prelungește pe parcurs. Încetul cu încetul se mărește zona iradiată.

*

Terapia cu ultrasunete, raze ultraviolete și electroterapie este indicată: în constipație cînd se poate încerca tratamentul cu curenți exponențiali și în stările posttrombotice, în special în ulcerul crural. La iradierea solară nesatisfăcătoare se recomandă un tratament cu raze ultraviolete și ca măsură profilactică în graviditate și lehuzie.

Razele ultraviolete sînt indicate dacă există osteomalacie sau dacă apare după naștere disjuncția simfizei pubiene. Anemia secundară, de orice fel, este influențată favorabil. Aplicarea razelor ultraviolete are un deosebit rol în tratamentul insuficienței ovariene de orice fel și după boli grave cum ar fi: inflamațiile intraperitoneale, operații sau nașteri, nașteri pe cale operatorie, precum și în complicațiile din cursul sarcinii și lehuziei.

I.3.G.1.2. *Cultura fizică medicală a femeii cu afecțiuni ginecologice*

Date generale. În timp ce cultura fizică medicală (C.F.M.) a bărbatului urmărește menținerea sănătății psihofizice, creșterea capacității de prestație și a elasticității corporale, la femei se urmărește în plus menținerea aspectului de tinerețe, creșterea frumuseții și armoniei sale psihofizice. Din acest motiv C.F.M. a femeii este chiar mai necesară și s-ar putea spune mai importantă decît pentru bărbat. Ea a devenit în prezent — în condițiile reducerii efortului fizic și locomotor profesional și extraprofesional și a creșterii efortului psihic — o necesitate absolută, o concepție de viață. Nu se urmărește numai exteriorul pur, frumusețea aparentă „de salon", ci frumusețea armonică a corpului și spiritului, precum și prevenirea îmbolnăvirilor. Se promovează o gimnastică fiziologică ce urmărește

Scanned with OKEN Scanner

un fizic normal cu funcţii la limitele superioare ale valorilor normale şi totodată se urmăreşte ca femeia să poată purta sarcina în condiţii optime şi să nască la termen făt viabil. În Grecia antică se idealiza tocmai *„acea bună sănătate şi sfîntă maternitate“* realizabilă prin gimnastică. Platon, marele filozof şi om de ştiinţă al Greciei antice, zicea: *„Arta vindecării şi gimnastica sînt arte înrudite“.*

Se cere ca educaţia fizică a femeii să fie adaptată anatomiei, fiziologiei, fiziopatologiei şi profesiei femeii din zilele noastre, egală tovarăşului ei de viaţă, bărbatul.

În Grecia antică, dansul femeii era cea mai perfectă formă de educaţie fizică, iar în tehnica înotului femeile erau neîntrecute. Lucrări vechi arată că în antichitate femeile alergau, aruncau discul şi sulița, luau parte la lupte, înot şi dans, concurau cu succes la jocurile olimpice (26). Faima vitejiei amazoanelor, care au luptat cu Hercules şi ar fi participat chiar la războiul troian, arată aptitudinile fizice ale femeii, admirate deja în antichitate.

În evul mediu, C.F.M. a femeii a fost uitată aproape complet.

În epoca modernă, gimnastica feminină „rediviva“, se pare ca urmare a activităţii lui Spiess, creatorul curentului „Bewegung und Lied“.

În ultimii 20 de ani, ca rezultat al schimbărilor socioprofesionale şi a concepţiilor morale, tot mai multe femei iau parte la diferite sporturi de la o vîrstă tînără. Sportul feminin s-a dezvoltat în acest timp mai mult decît cel bărbătesc, aproape de la simplu la dublu (9), cuprinzînd aproape toate ramurile sportive.

Suprasolicitările au scos însă în evidenţă şi o serie de aspecte negative: copii şi tinerii supraantrenaţi la gimnastică pe aparate pot prezenta leziuni ale articulaţiilor coloanei vertebrale ce duc la deformări ale acesteia, scolioza la fetiţe, în mod deosebit. Pot apare şi o serie de tulburări ale sistemului hormonal ce se manifestă prin întîrzierea cu circa 6 luni a menarhei faţă de media regiunii respective, iar în unele cazuri prin apariţia fenomenelor de intersexualitate. La persoanele bine antrenate, aceste tulburări nu apar de regulă, iar sistemul neurovegetativ şi endocrin în ansamblul său este bine influenţat (9).

Lucrările lui E. J. Klaus şi H. Noack (32) arată efectele activităţii fizice asupra funcţiei de reproducere a femeilor concluzionînd: în condiţiile unor exerciţii bine conduse se produce normalizarea ciclismului menstrual şi reducerea fenomenelor în cazul dismenoreei, în timp ce exerciţiile prea obositoare accentuează neregularitatea menstrelor, dismenoreea sau apare amenoreea trecătoare.

Cultura fizică medicală este acuzată că produce sterilitate, ori dificultate la naştere prin strîmtarea bazinului, durificarea perineului şi debilitarea muşchilor uterini. S-a evidenţiat că atletismul produce unele efecte patologice, favorizează aspectul bărbătesc femeii şi adesea o îmbătrîneşte precoce. S-au descris avorturi mai des după concursuri de alergări sau ciclism. După aruncarea de greutăţi

Scanned with OKEN Scanner

se pot produce rupturi de chisturi ovariene sau rupturi musculare. Saltul, fotbalul, gimnastica la aparate, figurează adeseori ca și cauze în provocarea unor tulburări de menstruație și pot predispune la boli genitale. Este incontestabil că sportul și atletismul necontrolat și mai ales cel de performanță ,pot avea efecte nocive asupra fizicului femeilor și asupra fertilității lor.

Aceste considerații fac necesar controlul și îndrumarea calificată a femeii care face sport. În cursul educației fizice trebuie să se respecte anumite reguli igienice, care derivă din vîrsta și fiziologia femeii (26).

— *De la 4 la 8 ani* se poate efectua înotul și în general orice joc în aer liber.

— *Pînă la vîrsta de 12 ani* se efectuează jocuri libere, distractive, igienice, perfecționînd mișcările naturale și mai ales exerciții de respirație în aer liber, mers și mișcări corecte, grațioase, de imitație, gimnastica, scrima, tenisul și în special patinajul.

— *De la 12 la 16 ani,* epoca pubertară, se efectuează educație fizică selecționată și dozată. Se tinde spre calitativ și nu cantitativ. Fiind epoca de dezvoltare a formei feminine și a organelor genitale, se practică o gimnastică igienică, cu exerciții cît se poate de simple și individualizate, care tind mai ales la fortificarea inimii și a musculaturii dorsale. Se evită mai ales suprasolicitarea presei abdominale. Se recomandă pentru această vîrstă gimnastică pură, gimnastică igienică de corecție, echilibru, suplețe, armonie, expresie, interpretare de sentimente, înot, volei, patinaj.

— *De la 16 la 18 ani* se tinde la educația sistemului motor și sensitiv, prin mișcări expresive, suple, elegante, grațioase, armonioase, realizate mai ales prin gimnastica suedeză și gimnastica ritmică. Prin toate acestea se urmărește activarea respirației, reglarea creșterii, perfecționarea atitudinii și tonificarea sistemului nervos. Se cere o atenție deosebită pentru evitarea spatelui curbat, a scoliozei și a cifoscoliozei, rezultat al gimnasticii nepotrivite.

— *De la 18 ani în sus* se admit sporturi și atletismul controlat și dozat și mai ales adaptat fizicului femeiesc sub forma exercițiilor de extensie, de relaxare, de atitudine.

— *De la vîrsta de 40—50 ani* (epoca climacteriului) și după aceea se indică turismul moderat și gimnastica pură de scurtă durată, 10—15 minute, mai ales exerciții contra rigidității articulare și acumulării de grăsime. Se impun plimbări moderate, exercițiul unor grupe musculare (abdomen, spate), fiindcă aceasta este epoca obezității și reumatismelor articulare.

— *La menstruație,* în prima zi, se interzice orice exercițiu, iar din a doua — a treia zi se admit exerciții ușoare, fără salt și fără

Scanned with OKEN Scanner

efort. Din ziua a 4-a se admite și sport, evitînd însă saltul și eforturile de durată.

— *În sarcină* se efectuează o gimnastică de preparare pentru actul nașterii, articulațiile devin laxe, bazinul se lărgește, fizicul întinerește, inima se mărește, musculatura devine mai forte. În această perioadă este indicat ca femeia să nu facă în nici un caz gimnastică mai mult decît era obișnuită înainte. Se recomandă mai ales plimbările.

— *În puerperiu* se recomandă din primele zile mișcare în pat și părăsirea cît mai timpurie a patului. Se impune mai ales o reeducare a peretelui abdominal, care să revină la forma sa virginală, ceea ce adeseori reușește printr-o gimnastică abdominală executată sub bandaj cu suport solid.

— *În lactație* se recomandă exerciții naturale, ușoare.

Cultura fizică medicală în bolile ginecologice

Cultura fizică medicală (C.F.M.) se asociază factorilor terapeutici de bază. Bolnavele cu afecțiuni ginecologice cărora li se efectuează C.F.M. se împart după V. S. Vogralik (67) în două grupe principale: *a*) cu *modificări ale poziției normale a uterului* (în principal, retroversia) și *b*) cu *procese inflamatorii cronice ale organelor genitale interne* (fără deplasări ale uterului).

Exercițiile fizice se prescriu atît în tratamentul uterului mobil, cît și al celui fixat, rezultatele fiind însă mai bune în primul caz.

a) *Modificări ale poziției normale a uterului.* În retroversie, C.F.M. își propune normalizarea poziției uterului, îmbunătățirea circulației în organele micului bazin, mărirea mobilității uterului, tonificarea mușchilor abdominali și ai planșeului pelvin, ameliorarea funcției tractului gastrointestinal și tonificarea întregului organism.

b) *Procese inflamatorii ale organelor genitale interne.* Anexitele sînt cele mai frecvente afecțiuni ale organelor genitale feminine. Ele apar în urma unei infecții. Structura specială a trompelor și dispoziția anexelor uterine situate profund în micul bazin, contribuie la cronicizarea procesului.

— *Indicațiile culturii fizice medicale în procesele inflamatorii cronice* sînt reprezentate de: salpingo-ovarite, perisalpingo-ovarite, endometrite, inflamații cronice ale peritoneului pelvian și ale țesutului celular (parametrite și pelviperitonite).

— *Contraindicațiile culturii fizice medicale* în inflamațiile organelor genitale sînt: fazele acute, cu febră, cu V.S.H. crescută, cu fenomene de iritație a peritoneului pelvian, precum și hemoragiile.

Scanned with OKEN Scanner

Cultura fizică medicală ajută la îmbunătățirea circulației în organele micului bazin, contribuie la resorbția aderențelor și infiltratelor din această regiune, îmbunătățește funcția tubului digestiv, tonifică sistemul muscular al organismului în general, mușchii abdominali și ai planșeului pelvian în special, ameliorează funcția organelor respiratorii, ridică tonusul general al organismului.

Exercițiile se practică în special în cabinetele de C.F.M. din policlinici, spitale, sanatorii, unde se asociază cu proceduri balneofizioterapeutice. Vor fi efectuate după procedurile termice (nămol, turbă, parafinoterapie, diatermie și unde scurte) și înaintea ședințelor de băi de lumină, dușuri și iontoforeză.

Exerciții speciale. Deoarece inflamațiile organelor genitale feminine tulbură circulația sanguină și limfatică din micul bazin, este unanim recunoscut rolul jucat de tratamentul ce favorizează hiperemia țesuturilor. Hiperemia se obține cu ajutorul exercițiilor care pun în funcțiune mușchii situați în apropierea organelor genitale, prin mișcări din articulațiile coxofemurale, din diferite poziții inițiale ale corpului.

Exercițiile speciale trebuie să urmărească: îmbunătățirea circulației sanguine și limfatice din micul bazin, înlăturarea stazei și resorbția produselor patogene prin producerea unei hiperemii active.

Mișcările din articulația coxofemurală sînt posibile în trei planuri: frontal, sagital și vertical. Se poate începe din orice poziție inițială (stînd, șezînd, culcat pe spate, lateral, pe abdomen, în genunchi, atîrnat etc.). Pe lîngă aceasta pot fi folosite aceleași exerciții, ca și în cazul modificărilor de poziție ale uterului.

Eficiența acestor exerciții se urmărește cu ajutorul examenelor clinice și paraclinice, urmărind temperatura, hemograma, V.S.H., probele funcționale la efort, pneumodinamometria mușchilor abdominali, probele funcționale pentru aparatul cardiovascular, măsurătorile antropometrice (greutatea, perimetrele toracice, spirometria, dinamometria flexorilor mîinii și a musculaturii spatelui etc.).

Gimnastica în ginecologie
(după Grober și Stieve, 24)

Gimnastica ritmică

Este o formă a gimnasticii folosită în multiple afecțiuni ginecologice, ca excelentă procedură asociată. A fost introdusă în băile Pyrmont, *fiind aplicată în mod sistematic ca procedură ajutătoare a băilor clorurosodice și nămoloterapiei.*

Scanned with OKEN Scanner

Indicații: 1) *Insuficiență ovariană* vegetativă și degenerativă (hipoplazie uterină, tulburări ale ciclismului menstrual, amenoree primară și secundară). Gimnastica completează terapia cu nămol.

2) *Tulburări neurovegetative* în micul bazin cu simptome cum ar fi: lombalgii, dureri colicative în hipogastru, dismenoree, metropatia spastică (Martius), amenoreea psihogenă cu modificări patologice ale greutății corporale, sindromul endocrin Curtius și Krüger cu amenoree, tulburări circulatorii, hipersecreția cervicală și în constipație.

3) *Sterilitatea* ca urmare a insuficienței ovariene, a unor tulburări neurovegetative și sterilitatea funcțională.

4) *Preclimacteriu,* climacteriu și postclimacteriu, în măsura în care există un tablou clinic cu tulburări vegetative.

5) *Completarea curelor de roborare* efectuate postpartum sau postabortum.

Contraindicații: 1) *Infecții genitale* pentru a evita, ca prin efortul fizic și mișcare, să se producă o exacerbare a procesului infecțios.

2) *Boli cardiocirculatorii.* În aceste cazuri, în care balneoterapia trebuie aplicată cu discernămînt, gimnastica asociată ar influența negativ starea pacientei.

3) *Infecții extragenitale și stările febrile.*

4) *Debilitate fizică* după operații pentru cancer sau alte intervenții ginecologice laborioase.

5) *Tromboze și tromboflebite recente.*

6) *Vîrsta avansată* a pacientelor.

7) *Unele stări fizice și psihice* pot reprezenta contraindicații pentru gimnastică: *adipozitate de gradul III* sau unele vicii corporale ce determină anumite complexe. În aceste cazuri fenomenele psihice ale pacientei pot fi exacerbate de gimnastica în grup, ceea ce ar putea condiționa un rezultat negativ al curei. Acestor bolnave li se vor prescrie fie gimnastică individuală, fie terapie respiratorie. Pacientelor cu astfel de probleme psihice li se recomandă gimnastica subacvală.

Conduita practică. Gimnastică se execută numai în urma prescripției medicale — în general de 3 ori pe săptămînă — în zilele fără băi.

Pentru o serie nu se recomandă mai mult de maximum 12 paciente. Gimnastica are indicații similare cu băile, masajele sau împachetările de nămol. Intr-o cură de 4 săptămîni, o bolnavă participă în general la 10—12 ședințe de gimnastică. În timpul ședințelor se folosesc cercul, mingea sau bastonul.

Gimnastica nu trebuie considerată ca sport de performanță sau ca antrenament, ci ca o posibilitate a redobîndirii ritmului normal

Scanned with OKEN Scanner

și al unei armonii în mișcări. Ea reprezintă o cale esențială a terapiei de relaxare vegetativă. Pierderea ritmului normal între stările active și de deconectare este o caracteristică a zilelor noastre. Mișcările abrupte „colțuroase", nedisciplinate și mișcările crispate, sînt o expresie a stărilor de anxietate ale bolnavelor. Tulburările în micul bazin, cu echivalențele lor din domeniul tractului gastrointestinal, din domeniul cardiocirculator și respirator, sînt deseori expresia unei hipertonii simpatice sau parasimpatice. Prin gimnastică se caută obținerea unui echilibru fiziologic între tonus și relaxare. Crispările fizice și psihice tind să fie eliminate. *Muzica în asociație cu gimnastica este de cea mai mare importanță pentru obținerea unor armonii în mișcări.* Fuga, săriturile, balansările, sînt elemente de bază ale acestei gimnastici. Prin ea se întărește încrederea în sine a bolnavei și diminuă stările sale de inhibiție psihică și complexele de inferioritate.

Hipertonia parasimpatică, care duce la o stază în sistemul vascular hipogastric și splanhnic, este influențată de gimnastică în combinație cu băile clorurosodice. În concluzie, gimnastica ritmică joacă un rol hotărîtor în balneoterapia ginecologică, ducînd la un echilibru între simpatic și parasimpatic, înlăturînd tulburările circulatorii (ischemice sau de stază).

Principiul ritmic în gimnastică la femei și fete are o importanță hotărîtoare, ducînd la o nouă cale, așa-numita „cale biologică a sportului". Ritmicizarea gimnasticii la femei și dezvoltarea a o serie de sisteme gimnastice, care iau în considerare particularitățile psihice, anatomice și funcționale feminine, cît și renunțarea la sporturile masculine, ar trebui să ducă la scăderea proceselor patologice ale aparatului genital feminin, provocate de activitățile sportive necontrolate și nepotrivite femeii. În gimnastica ritmică apar în ultima vreme fenomene de suprasolicitare, deoarece nu sînt luate în considerare diferențele sexuale față de bărbați. În stațiunile balneare, specializate în patologia organelor genitale feminine, sînt preferate, în principiu, sistemele de gimnastică care nu duc la suprasolicitare, care echilibrează sistemul vegetativ și care tind la armonizarea mișcărilor.

Gimnastica cu taburet

Numele vine de la taburetul folosit, care are o înălțime de circa 40 cm. Bolnava va sta pe treimea anterioară a taburetului, picioarele fiind așezate pe podea cu genunchii apropiați și flectați la 90°.

În cadrul bolilor genitale, acest gen de gimnastică cuprinde antrenamentele musculaturii bazinului, perineului, a mușchilor fesieri

Scanned with OKEN Scanner

și abdominali. În această poziție, bazinul se mișcă către cutia toracică imobilă. Bazinul este înclinat anterior, accentuînd lordoza lombară, fiind urmat de înclinare posterioară cu formarea unei cifoze lombare. Lordozarea și cifozarea coloanei lombare se face într-un ritm egal. Amplitudinea și ritmul sînt indicate exact de profesorul de gimnastică. Aceste mișcări acționează prin:

— creșterea circulației locale (cu deosebire cea din bazin);
— mobilizarea articulară (cu deosebire cele ale bazinului);
— musculatura se contractă și se relaxează astfel încît peristaltica intestinală este accentuată (se evită constipația);
— datorită basculării bazinului se face „un fel de masaj intern care acționează în special asupra intestinului și ficatului" (24).

Datorită faptului că acest gen de gimnastică evită staționarea bipedă și efortul membrelor inferioare, se poate efectua și la persoanele slăbite și în convalescență. În această poziție, se antrenează preponderent fie musculatura abdominală, fie cea fesieră, sau ambele grupe. La toate exercițiile, musculatura perineului acționează sinergic. Înclinarea anterioară a bazinului va fi însoțită, în cazul exercițiilor de relaxare, cu inspirul, în special inspirul abdominal, ea fiind urmată în a doua fază de ridicarea bazinului, asociată cu expirul și cifozarea coloanei lombare. Gimnastica perineului, în special în poziția șezînd pe taburet, este indicată la tulburări de statică (cistorectocele, prolaps uterin și vaginal), în combinație cu balneoterapia (irigații, băi de nămol sau hidroterapie). Acest gen de gimnastică este indicat și în cazul pelvipatiei vegetative. Poziția rigidă a coloanei lombare cu contractura de lungă durată a mușchilor paravertebrali și contractura prin întindere a musculaturii abdominale este influențată pozitiv de această poziție. Pentru a stabiliza rezultatele operațiilor plastice, executate pentru cazurile de prolaps, se va face un antrenament susținut al musculaturii perineului și a celei abdominale. Exercițiile tind să activeze musculatura. Aceste bolnave au deseori o serie de tulburări ale musculaturii bazinului: musculatura este întinsă, dehiscentă, nemaifiind în stare să mențină un tonus normal în activitatea abdominală. Aceasta favorizează constipația cronică. În balneoterapia cisto- și rectocelelor, cît și a prolapsurilor uterine, se dovedește eficientă și gimnastica perineului în asociere cu irigațiile vaginale.

Gimnastica subacvală (Siedentopf)

În tulburările neurovegetative din micul bazin, Siedentopf combină: căldura, băile clorurosodice și gimnastica prin exerciții în baia caldă clorurosodică. Rezultatele bune ale acestei terapii se mani-

festă mai ales prin reducerea tulburărilor circulației periferice determinate pe cale neurovegetativă. Staza din domeniul splanhnicului cunoscută sub denumirea de *„pelvin congestion"*, este înlăturată prin mișcare și presiune hidrostatică. Căldura moderată este un alt factor esențial a cărui influență asupra reglării vegetative generale a fost dovedită de către Ott și Hoff. Baia clorurosodică caldă produce o deplasare de la faza simpaticotonă la cea parasimpaticotonă. Prin acest gen de gimnastică se obține deseori înlăturarea contracturilor dureroase, al lombalgiilor, înlăturarea hipersecreției cervicale și a vaginismului. S-a obținut o influențare favorabilă a tulburărilor ciclismului menstrual și ameliorarea stării generale.

*

Rezultate terapeutice ale gimnasticii. Gimnastica medicală este o metodă asociată esențială, ea împiedică recidivele, sau în orice caz le îngrădește și duce — la fetele tinere — și la dezvoltarea caracterelor sexuale secundare.

Golub și Menduke au comunicat rezultatele lor terapeutice sub acțiunea exercițiilor de gimnastică în tratamentul dismenoreei. Ei au folosit exercițiile de înclinare și rotire a trunchiului. Terapia prin gimnastică, executată la 197 fete cu dismenoree a dus în 91—96% a cazurilor la o vindecare, respectiv la o ameliorare. Gimnastica medicală este indicată, de acești autori, în mod special în combinație cu exerciții de gimnastică generală la femeile cu prolapsuri (care mai doresc copii și din această cauză le este contraindicată intervenția operatorie), la femeile mai în vîrstă care refuză operația, precum și postoperator pentru incontinență urinară, în vederea menținerii rezultatelor.

Siedentopf obține la 226 femei cu tulburări neurovegetative următoarele rezultate prin gimnastica subacvală: subiectiv un rezultat evident bun la 58,7%, rezultate parțiale la 31% și fără rezultate 7%; la 1,4% dintre femei a trebuit să întrerupă tratamentul. S-au obținut deci în 60% a cazurilor o îndepărtare completă a tuturor acuzelor prin gimnastică subacvală. El menționează însă că gimnastica subacvală trebuie cuprinsă într-un plan de tratament complex în care sînt incluse băi clorurosodice, înotul în apă termală, masaje, gimnastică ritmică și cure de aer.

Gimnastica respiratorie în afecțiunile organelor genitale

La o mare parte a bolnavilor se dovedește că predomină stările de contractură de durată față de cele de relaxare. După Schlegel, crisparea de durată, de care suferă aproape toți oamenii în zilele

Scanned with OKEN Scanner

noastre, ar fi o expresie a faptului că omul este gata pregătit pentru mișcări rapide și reacții neprevăzute. Aceasta duce la faptul că nu se mai simte contractura musculară, care în mare măsură este automatizată. *Deci practic, trebuie să învățăm să ne relaxăm.* Prin crispare, nu se înțelege numai o stare a fizicului, ci și o stare psihică a pacientelor. Această stare se găsește, după Baatz, la majoritatea femeilor suprasolicitate (34—40% dintre femeile căsătorite, angajate, și la 80% dintre fete). Una din expresiile acestei stări este pierderea ritmului și amplitudinii normale a respirațiilor.

Domeniile de aplicare ale gimnasticii respiratorii sînt în linii generale trei: 1) gimnastica respiratorie în timpul sarcinii; 2) gimnastica respiratorie în lehuzie și 3) gimnastica respiratorie în boli ginecologice. Este indicată mai ales în afecțiuni ginecologice cronice; constipație cronică; musculatură abdominală relaxată și slăbită; pentru întărirea musculaturii perineale (în combinație cu gimnastică); cisto- și rectocele; prolaps uterin, în combinație cu gimnastica de taburet; tulburările funcționale ale vezicii urinare; preoperator pentru stimularea circulației și profilaxia trombozelor; reconvalescență postoperatorie; sindroame vegetative endocrine; tulburări neurovegetative în micul bazin; stări de epuizare nervoasă și în tulburări climacterice.

Conduita practică. Gimnastica respiratorie trebuie să fie condusă fie de către medic, fie de către profesorul de gimnastică medicală sub controlul medicului. Gimnastica respiratorie condusă de către cadre nespecializate ar putea crea prejudicii.

Posibilități deosebite de aplicare în cadrul terapiei ginecologice sînt create în stațiunile balneare. Va fi efectuată la intervale de două zile. Se poate face în grup de 6—12 femei sau individual. Se preferă gimnastica individuală. Procedurile aplicate trebuie individualizate.

1.3.G.1.3. *Masajul în bolile organelor genitale*

Probleme generale și mecanismul de acțiune. Masajul reprezintă un procedeu terapeutic; poate fi privit însă și ca metodă de diagnostic asociată: un medic experimentat și masorul își dau seama de eventualele modificări la nivelul musculaturii și a țesutului conjunctiv. Scopul masajului este relaxarea musculaturii și a țesutului conjunctiv, activarea circulației sanguine și limfatice. Excitația mecanică a masajului duce la creșterea fluxului sanguin arterial, iar substanțele de metabolism sînt mobilizate și eliminate pe căile excretorii.

Se deosebește: *masajul de netezire, de frămîntare, de percuție, de frecare și de netezire.*

Acțiunea masajului este generală și locală. Masajul întărește musculatura hipotrofică și atonă, pielea se înmoaie și devine elastică,

iar circulația locală se activează. Prin masaj se produce eliberarea substanțelor din grupa acetilcolinei și modificări albuminice, întocmai ca o terapie de excitație nespecifică. Prin masaj crește metabolismul general, se activează circulația sistemică, se produce scăderea frecvenței pulsului și a tensiunii arteriale. Mecanismul de acțiune al masajului asupra sferei genitale, cît și asupra organelor genitale, se efectuează pe calea reglării reflexe.

Există legături între organele genitale interne, respectiv alte organe, cu suprafața corporală — este vorba de reflexe viscero-cutanate — și pe de altă parte, în sens invers de la suprafața corporală la organele genitale — reflexul cutaneo-visceral (Head, Mackenzie, Hamsen, Fanstaa). Prin masaj se produce hiperemie, creșterea irigației locale și creșterea minut-volumului. Prin direcția masajului se poate influența întoarcerea venoasă. Se produce o creștere a metabolismului local, stimularea resorbției și creșterea elasticității țesuturilor.

Indicațiile masajului. Între indicațiile ginecologice ale masajului intră: lombalgiile, în special atunci cînd sînt datorate staticii și suprasolicitărilor; musculatură abdominală relaxată atonă; climacteriu; tulburările neurovegetative în micul bazin; constipație spastică sau atonă; amenoree secundară și dismenoree.

Contraindicațiile masajului: inflamații genitale acute și subacute; boli inflamatorii articulare; V.S.H. crescut; tromboflebite acute; boli cardiovasculare și tuberculoza în perioada de activitate.

Conduita practică. Masajul poate fi executat ca masaj general, masaj parțial, masajul zonelor reflexogene, masajul țesutului conjunctiv și masaj subacval.

Important pentru execuția practică este poziția comodă și relaxată în clinostatism a bolnavei. Pentru ginecologie se situează, pe prim plan, masajul care influențează organele, față de masajul țesutului conjunctiv (Dicke, Laube). Masajul zonelor reflexogene încearcă, ca pe calea reflexelor cutaneoviscerale (uter și anexe), să influențeze zonele din profunzime. În diferitele îmbolnăviri ginecologice, se găsesc modificări palpabile la nivelul pielii, subcutisului, al fasciilor și musculaturii, a căror repartiție corespunde zonelor Head și Mackenzie. Prin înlăturarea modificărilor se produce o vindecare în organele zonelor corespunzătoare. Condițiile de irigare a musculaturii și subcutisului sînt îmbunătățite prin creșterea irigației locale. Se produce o dilatare capilară cu hiperemie (în special în urma masajului de frămîntare) și o hiperemie în zonele musculare profunde. În staze și exsudate se obține prin masaj o creștere a circulației sanguine și limfatice. Elasticitatea țesutului conjunctiv se îmbunătățește. Aceasta joacă un rol în climacteriu, unde, în urma modificărilor hormonale, elasticitatea țesutului conjunctiv este mult mai mică.

Masajul determină creșterea eliminării apei și azotului din organism. În domeniul ginecologiei, masajul zonelor reflexogene se face pentru a influența uterul și colul său, cărora le corespunde zonele T_{10}—T_{12}, L_1, S_1—S_4.

Anexelor și ovarelor le corespunde zonele T_{10}—T_{12}, L_1—L_2. Masajul țesutului conjunctiv se poate face în completarea gimnasticii sau alternativ cu

Scanned with OKEN Scanner

aceasta, dar nu imediat după gimnastică. În domeniul acestor zone aflate în partea toracală inferioară, a bazinului și gambelor, se găsește întotdeauna o tensiune mai mult sau mai puțin pronunțată a țesutului conjunctiv, care se observă prin creșterea deplasabilității între subcutis și fascie, producînd la suprafață o tumefiere (Laube).

În interiorul acestor zone cu țesut conjunctiv contractat, se găsesc regulat puncte maximale tipice; bilateral deasupra crestelor iliace, lateral de trigonul lombar (T_{12}, L_1—L_{12}); deasupra sacrului, mai ales la marginea lui superioară (T_{12}); bilateral la nivelul feselor paralel cu plica anală la marginea inferioară a fesierului mare (S 2—3).

Deosebit de eficientă este aplicarea masajului în combinație cu hidroterapie sau balneoterapie. Amenoreea secundară și dismenoreea sînt deseori influențate prin mesajul reflexogen. Dietsch recomandă în cazul parametriei spastice masajul zonelor reflexogene sau vibromasaj, ca procedură terapeutică esențială în cadrul planului de tratament.

Masajul se poate efectua și subacval.

1.3.G.2. Măsurile educative și profesionale de recuperare

Măsurile educative și profesionale de recuperare cuprind două feluri de acțiuni:

1) **Asupra locului de muncă,** în sensul modificării acestuia după principiile ergonomiei, ori după caz se efectuează schimbarea locului de muncă.

2. **Asupra persoanei de recuperat** cînd se acționează în funcție de școlarizarea și calificarea profesională ale acesteia;

— fetele neșcolarizate trebuie să fie mai întîi școlarizate;

— cele necalificate, de regulă cele tinere, trebuie orientate profesional;

— femeile calificate trebuie încadrate, reîncadrate sau reîndrumate profesional în mod individual după metodologia asupra căreia se va insista mai jos.

Femeile care reintră în activitate cu capacitatea de muncă incomplet refăcută trebuie să fie sprijinite individualizat pentru readaptarea prin transfer în muncă, reducerea programului de activitate cu 1/4 de normă, scutirea de activitate în tura de noapte, dispensarizarea activă etc.

1.3.G.2.1. *Orientarea și îndrumarea profesională a femeilor cu afecțiuni genitale*

Orientarea profesională (O.P.) se definește ca totalitatea procedurilor prin care se influențează o persoană pentru alegerea unei profesiuni compatibile cu dorința și aptitudinile sale fizice și psihice. O.P. este o activitate de echipă la care iau parte mai mulți specia-

Scanned with OKEN Scanner

liști: medici, pedagogi, psihologi, sociologi și asistente sociale. Pentru a fi eficientă O.P. trebuie să considere 3 grupe de factori:

a) *Factori ce țin de deficiență:* starea de sănătate, constituția, aspirațiile, aptitudinile practice, posibilitățile intelectuale, deficiențele sale fizice și/sau psihice, interesele sale economice sau morale, situația materială, gradul de cultură și preferințele familiei deficientei.

b) *Factori legați de solicitările profesionale.* Activitatea de O.P. urmărește alegerea celei mai potrivite profesiuni pentru handicapați. *Ea se continuă cu selecția profesională prin care se urmărește încadrarea și prestarea unei meserii într-un anumit loc de muncă.* Nu este suficient să se indice o anumită profesie, ci trebuie să se anticipeze în sensul precizării locului de muncă indicat, considerînd și condițiile ambientale de muncă.

c) *Posibilitățile concrete existente pentru școlarizarea, calificarea și încadrarea în muncă* oferite de organele Ministerului Muncii, în funcție de sarcinile economice naționale de prezent și de viitor. Considerîndu-se cerințele pieții muncii pe plan național, sau pe plan județean, se face orientarea și selecția profesională în funcție și de aceste cerințe.

Aspecte pedagogice particulare pentru tinerele handicapate

Particularitățile învățămîntului profesional la handicapați sînt:

— *caracterul eminamente practic* al acestuia în sensul că nu se va recurge la teorie decît atunci cînd este absolut necesară pentru înțelegerea concretă a gesturilor profesionale;

— *participarea activă a elevilor* la procesul de ucenicie; fiecare handicapată trebuie să fie interesată la maximum, iar învățămîntul trebuie să corespundă atît dorințelor, cît și capacităților sale morfologice, fizice și psihice.

Recalificarea profesională a tinerilor handicapate

Apare ca necesară atunci cînd persoana respectivă nu-și mai poate continua vechea profesie din cauza unei deficiențe fizice și/sau psihice. Sînt valabile regulile generale expuse la O.P. a handicapatelor, așa încît nu mai revenim asupra lor. Particularitățile acesteia sînt necesitatea repartizării pentru recalificarea într-o profesiune similară cu cea anterioară spre a se folosi vechile deprinderi profesionale (vechiul „sterotip dinamic“) și durata scurtă a școlarizării, considerînd atît interesul economic al statului, cît și interesul femeii handicapate, care de regulă este adultă, are familie,

Scanned with OKEN Scanner

este în plină maturitate profesională și nu este interesată să-și prelungească școlarizarea, vechile deprinderi ajutînd-o să-și însușească noua profesie. Recalificarea profesională nu se mai recomandă la femeile care depășesc vîrsta de 35 ani.

Ideea orientării și îndrumării profesionale a femeii nu este întrutotul nouă. Chiar în comuna primitivă, eventual chiar mai înainte, imediat după desprinderea omului de animalitate, a existat un rudiment de profesionalizare, mai bine zis de împărțire a sarcinilor, în cadrul vieții de ceată. Astfel bărbații se ocupau de vînătoare, în timp ce femeile, rămase acasă, îngrijeau de copii, se ocupau de raționalizarea și conservarea alimentelor pentru iarnă, iar vara se ocupau cu culesul fructelor și rădăcinilor. Tot femeile au fost primele cultivatoare. Reconstituirea vieții tribale a putut dovedi fără tăgadă acest lucru.

De-a lungul dezvoltării societății omenești, clasele stăpînitoare își protejau într-o oarecare măsură femeile în sensul că le cruțau de activități ce solicitau eforturi energetice mari. Femeile aparținătoare claselor muncitoare au fost însă întotdeauna obligate să efectueze activități care adesea depășeau mult capacitatea lor de prestație.

Profesiunile indicate femeilor trebuie să respecte principiile generale expuse în capitolul: *„Capacitatea de prestație a femeilor cu afecțiuni genitale"*.

Locurile de muncă indicate femeilor cu afecțiuni genitale trebuie bine alese. Se vor evita cele ce solicită eforturi fizice mari, peste 5 Kcal/min sau peste 2 700 Kcal profesionale pe zi. Autorii români Aburel, Petrescu și Orbești eanu (2) au cercetat excitabilitatea uterului în condițiile efectuării unor eforturi fizice mari și au evidențiat creșterea excitabilității acestuia cu 40% față de valorile bazale. Această excitabilitate uterină crescută ar putea sta la baza tendinței la avorturi a femeilor ce efectuează eforturi fizice mari în timpul sarcinii. Se vor exclude deci locurile de muncă ce solicită eforturi fizice mari, cel puțin în timpul sarcinii. De asemenea cele ce prezintă vibrații și trepidații, oscilații mari ale temperaturii (sub 10° și peste 25°), cele prea umede (cu aburi), cele care se efectuează în obscuritate sau solicită ortostatismul prelungit, ce favorizează prolapsul uteroanexial, cele care solicită acționarea mașinilor cu picioarele, cele care solicită postura șezîndă prelungită sau ortostatism și mers mai mult de 60% din timpul de lucru, activități care implică urcatul și coborîtul îndelungat al scărilor, aplecări, ridicarea de greutăți mai mari de 20 kg, pozițiile în genunchi, sprijinirea obiectelor pe burtă și cele ce implică încordarea permanentă sau prelungită a musculaturii abdominale. Pe de altă parte, activitățile cu sedentarism prelungit produc o stază în micul bazin, din care motiv se *indică o astfel de activitate care să permită alternanța posturilor și deplasărilor posturale intermitente.*

Scanned with OKEN Scanner

Masa de lucru, pupitrele, ustensilele, trebuie să fie potrivite taliei femeii (nici prea joasă, nici prea înaltă), scaunul să fie potrivit ca înălțime și să aibă o spetează de sprijin, altfel determină devieri ale coloanei vertebrale și creșteri ale presiunii intraabdominale care poate iniția sau accentua o retroversie uterină.

Profesiuni și locuri de muncă nepotrivite pentru femeile tinere sînt considerate și cele ce se efectuează în mediu cu tutun, deoarece nicotina poate determina tulburări ovariene, tulburări menstruale și sterilitate. Nociv este din aceleași motive și mediul cu plumb (66).

Deosebirile anatomice, funcționale, psihice și sociale dintre cele două sexe trebuie să se răsfrîngă și în aplicarea principiilor ergonomice diferențiate pe sexe și pe stări patologice, astfel ca munca femeii — cu sau fără boli genitale — să se desfășoare așa încît să-i asigure confort fizicopsihic și posibilitatea de fertilitate. Trebuie ca în mod permanent să se manifeste grijă pentru locurile de muncă ce solicită eforturi energetice mari, suprasolicitări de orice fel sau noxe de orice fel (pulberile pătrund în vagin și determină iritații) și condiții ambientale stresante. Sfera de protecție a femeii este foarte largă. Ea se referă și la protecția celor ce activează în mediu cu raze și substanțe radioactive, precum și a celor din sectorul agrozootehnic, ce îngrijesc păsări sau porcine, cîini și cele care au pisici ce pot transmite toxoplasmoze generatoare de tulburări de gestație și disgravidii (21). În perioada de gestație și de alăptare, expunerile la fluor sînt deosebit de nocive (31). Mecanizarea, automatizarea și ergonomizarea locurilor de muncă vin în sprijinul încadrării femeilor în activitate, într-o proporție mult mai mare decît în trecut.

Despre îndeminarea femeii

În vremea noastră celebra frază a lui Hamlet: „Ți-e numele femeie, slăbiciune!“ nu mai este actuală. S-a dovedit că femeile rezistă mai bine decît bărbații la durerile fizice și psihice în ciuda fizicului lor mai fragil. Femeile nu sînt mai puțin inteligente decît bărbații; există numai deosebiri în sensul dominării la bărbați a inteligenței abstracte-conceptuale, în timp ce la femeie domină inteligența concretă-practică. Sînt cercetători — mai ales cercetătoare — care au demonstrat că inteligența femeii depășește pe cea a bărbatului cu 2—5 puncte, pe scara cu 100 puncte a inteligenței. Îndemînarea femeilor în producție depășește cu 6% pe cea a bărbaților (este maximă postmenstrual și minimă premenstrual). Femeile rezistă mai bine la oboseala pe care o resimte un bărbat așezat în fața unui tablou de comandă; rezistă mai bine decît bărbatul la solicitări energetice mici sau medii, chiar de lungă durată (11). Ran-

Scanned with OKEN Scanner

damentul lor este mai mare în activități în care se cere intuiție, răbdare, perseverență, dexteritate, afectivitate, spirit de sacrificiu, atenție încordată, finețe în mișcări, simț estetic etc. Femeile sînt mai potrivite în unele activități, precum cea de opticiană, ceasornicară, în activități de mecanică fină, educatoare, croitoreasă, decoratoare, ceramică fină, în unele activități medicale etc.

Cauzele neangajării femeilor în unele activități și a fluctuației lor mari (atunci cînd aceste fenomene se produc) nu stau în ipotetica lor incapacitate sau slăbiciune, ci mai ales în motive socioprofesionale: unele nu sînt calificate din care cauză cîștigă puțin, nu efectuează o activitate care să le stimuleze, uneori din timiditate (mai ales cele ce provin din mediul rural). Cauzele sociale constau uneori, în distanțele mari domiciliu—loc de muncă (adesea navetează), alteori sînt greu accesibile cantinele-restaurant.

Propuneri pentru profesionalizarea femeilor cu afecțiuni genitale

Orientîndu-se după *„Nomenclatorul meseriilor, specialităților și funcțiilor"* în care pot fi încadrate femeile 1975 (69), considerăm că femeile cu afecțiuni genitale cronice stabilizate ar putea efectua următoarele profesii:

Grupa 01. Industria energiei electrice și termice: electrician pentru utilizarea energiei electrice.

Grupa 05. Industria construcțiilor de mașini și a prelucrării materialelor: bijutier, ceasornicar, montator-reglator și depanator de aparate radio, televizoare, montator aparate optice, gravor piese mici, controlor de calitate, ambalator de piese electrice mici, confecționat piese radio (cele în postură predominant șezîndă).

Grupa 06. Industria chimică: controlor de calitate, laborant analize de produse agrozootehnice și agroalimentare, finisor hîrtie, cartoane, mucava, confecționer articole din hîrtie și carton, preparator fire și fibre sintetice, laborant, operator chimist, creator modelier.

Grupa 07. Industria produselor refractare, abrazive din cărbune și grafit: controlor de calitate pentru materiale refractare și abrazive.

Grupa 08. Industria materialelor de construcții: confecționer rondele, confecționat bastoane din plută și garnituri din azbest.

Grupa 09. Silvicultură și industria de exploatare și prelucrarea lemnului: tapițer, fasonator creioane și tocuri, șlefuitor-lustruitor, gradator rechizite și articole tehnice din lemn, sculptor în lemn, finisor creioane și tocuri, confecționer cutii chibrituri din carton, confecționer cutii chibrituri din furnir, mașinist la umplerea și închiderea cutiilor de chibrituri.

Grupa 10. Industria sticlei, porțelanului și a faianței: gradator vase și aparate de laborator, controlor de calitate la produse de sticlă, porțelan și faianță, pictor pe sticlă și ceramică fină, gravor pe produse de sticlă, argintar pro-

Scanned with OKEN Scanner

duse din sticlă, operator la mașini inscripționat, debavurator-retușor la produse din ceramică, aplicator de detalii la produse din ceramică, glazurator produse din ceramică.

Grupa 11. Industria textilă: brodeur la mașini, montator și lipitor ace, pregătitor și confecționer cataloage mostre, repansator textile, tăietor textile, controlor de calitate în industria textilă, decuscutor, destrămător, carcator, laminator bande sau fibre, pieptănător, disponent la filaturi, pregătitor gogoși de mătase (fierbător), prelucrător fire de mătase din gogoși de mătase (filator), înnodător de mătase naturală, finisor fire de mătase naturală, bobinator-dublator-batirator fire, răsucitor fire, canetator, sculuitor, confecționer blănuri artificiale din jenilie, jnuruitor jacuard. confecționer cartele pentru războaie de țesut, remaiator tricotaje, încheietor tricotaje, împletitor textile, croșetor, scămoșetor, tunsător textile, calandror-grovator, tincturator, format ciorapi, plisor.

Grupa 12. Industria confecțiilor: controlor de calitate la confecții, blănar confecționer îmbrăcăminte din blană (după comandă), ceaprazar-șepcar, confecționer la mașină, confecționer manual, modelier confecții, croitor (confecționer îmbrăcăminte după comandă, lenjerie (confecționer lenjerie după comandă), pălărier, plăpumar, încadrator la confecții, pregătitor lansator confecții, rihtuitor confecții, retușier confecții, plior, planimetror șabloane, multiplicator șabloane pentru croit, croitor confecții din blană, cusător confecții din blană, pregătitor confecții din blană, finisor confecții din blană, formator conus, întinzător bor sau calotă, bijonator pălării, aplicator garnituri pălării, modist.

Grupa 13. Industria pielăriei, blănăriei și încălțămintei: decorator în piele, controlor de calitate în industria pielăriei, blănurilor și încălțămintei, croitor-pregătitor-cusător fețe încălțăminte, marochiner (confecționer marochinărie după comandă), croitor sau ștanțator piese (din piele și înlocuitori) pentru partea de sus a încălțămintei (fețe), pregătitor piese pentru partea de sus a încălțămintei, cusător piese din piele și înlocuitori pentru partea de sus a încălțămintei (fețe), finisor încălțăminte, croitor sau ștanțor articole de marochinărie și voiaj, cusător articole de marochinărie și voiaj, pregătitor articole de marochinărie și voiaj, montor articole de marochinărie și voiaj, finisor articole de marochinărie și voiaj, finisor articole tehnice din piele și înlocuitori, croitor sau ștanțor articole de sport și protecție, pregătitor articole de sport și protecție, cusător articole de sport și protecție, asamblator-montator articole de sport și protecție, finisor articole de sport și protecție, croitor mănuși din piele, cusători mănuși din piele, finisor mănuși din piele, cusător la încălțăminte din cauciuc, asamblator la încălțăminte de cauciuc, finisor la încălțăminte și articole tehnice din cauciuc.

Grupa 14. Industria alimentară: preparator pectină, preparator maiele, preparator surogate cafea, controlor de calitate, cofetar-patiser, operator la fabricarea drojdiei de panificație, operator la fabricarea amidonului și dextrinei, operator la fabricarea glucozei, preparator bomboane, preparator ciocolată, preparator halva și rahat, preparator produse lactate dietetice, operator la fabricarea untului, preparator brînzeturi proaspete, preparator conserve lapte și lactoză, pasteurizator lapte și smîntînă, smîntînar, preparator lichior, confecționer plase pescărești, operator la fabricarea pastelor făinoase, operator la fabricarea biscuiților și turtei dulce, preparator napolitane, preparator pesmet A", valorificator glande.

Scanned with OKEN Scanner

Grupa 15. Industria săpunurilor și cosmeticilor: preparator săpun rufe și semitoaletă, preparator săpun toaletă, preparator produse parfumerie, preparator produse cosmetice.

Grupa 16. Industria poligrafică: corector-revizor, dactilorotaprint, mașinist în legătoria mecanică, operator la mașinile de foto-culegere (monofoto), legător manual, cartoganist, retușor clișee, montator filme.

Grupa 17. Alte activități industriale: confecționer nasturi din scoici, confecționer dinți din material plastic, controlor de calitate la produse diverse, brodeur manual, brodeur manual-mecanic, brodeur la gherghef, confecționer bibelouri de Jenille, confecționer obiecte decorative, confecționer obiecte decorative, confecționer obiecte din os, scoici și mică, confecționer ștampile de cauciuc, metal, facsimile, tricoteur manual, grafician, împletitor de papură, împletitor obiecte din panglică împletită, machetist, pictor executant, țesător-restaurator manual de covoare, rămar-poleitor, încărcător cartușe, sortator, gradator seringi, șlefuitor tub sticlă, montator seringi, controlor de calitate la confecționarea și repararea seringilor, asamblator fermoare, controlor de calitate pentru clișee galvanice și discuri, sortator plante medicinale, uscător plante medicinale, dozator (ceaiuri, droguri).

Grupa 18. Prestații pentru deservirea populației: copiator note muzicale, decorator florar, manichiurist. pedichiurist, reparator aparate foto, reparator curățitor pălării, montator și reparator de ochelari, reparator stilouri, coafor, cosmetician, fotograf.

Grupa 19. Gospodărie comunală: casier încasator, cititor-constator-incasator, controlor prestări servicii comunale, decorator pentru servicii funerarii, administrator hotel, șef vilă, peisagist-floricultor.

Grupa 20. Agricultura: crescător-îngrijitor păsări (avicultor), crescător-îngrijitor albine (apicultor), crescător-îngrijitor alte animale mici, sexator, sericicultor.

Grupa 21. Transporturi și telecomunicații: prelucrător mărci filatelice, prelucrător de presă, oficiant P.T.T.R., casier oficiu P.T.T.R., operator radioficare, telefonist, informator (la biroul de informații), rediționer, verificator, casier C.F.R.

Grupa 22. Circulația mărfurilor: vitriner-decorator, ovoscopeur, casier, garderobier (muncitor necalificat), prețuitor mărfuri, cofetar-patiser, bucătar.

Grupa 23. Alte ramuri ale economiei naționale: controlor filme, acustician, costumier, machior-peruchier, pictor de costume, proiecționist, verificator monedă, numărător monedă, verificator valori.

Grupa 24. Funcții comune pe economie: ambalator manual, croitor uzinal, heliografist, operator la mașina de multiplicat (gestetner, rotaprint, șapirograf etc.) sortator produse, ungător gresor.

Grupa 25. Alte funcții și profesii: dactilograf, stenodactilograf, plasator, șef cabinet, secretar dactilograf, statistician medical, registrator medical, arhivar, desenator, desenator tehnic, desenator cartograf, corector, funcționar administrativ, bibliotecar, contabil calculator, calculator devize, inspector personal, controlor poartă, portar.

1.3.G.3. Măsurile sociale de recuperare

Măsurile sociale de recuperare au un deosebit rol, ele reprezintă finalizarea acțiunii de recuperare concretizate prin încadrarea și menținerea în activitate a persoanei recuperate. Observațiile prac-

Scanned with OKEN Scanner

tice arată că handicapatele bine studiate și bine tratate medical, bine orientate profesional, bine pregătite și bine educate, au un bun comportament profesional. Absenteismul lor nemotivat este redus, fac mai puține accidente de muncă, sînt mai stabile la locurile lor de muncă, dau puține rebuturi.

În cadrul măsurilor de recuperare, medicul de întreprindere are un rol deosebit, care a crescut și mai mult după intrarea în vigoare a actualei legislații: *Legea nr. 3/1977 și decretele aferente, Legea nr 3, pentru asigurarea sănătății populației/1978 ș.a.* Se precizează că oamenii muncii încadrați în gradul III de invaliditate rămîn în continuare în aceeași întreprindere într-un loc de muncă corespunzător indicat de comisia de asigurări sociale și pensii din unitate. Medicul de întreprindere face parte din comisia de asigurări sociale și pensii din unitatea în care lucrează. El este cel mai bun cunoscător al acestor locuri de muncă, de aceea are cel mai mare rol în stabilirea celui mai potrivit loc de muncă: același, în care a lucrat înainte, sau unul nou cu solicitări energetice, psihice și senzoriale potrivite pentru deficientul respectiv în care să efectueze 1/2 normă pe zi, sau tot a doua zi o normă întreagă.

Modificarea programului de activitate cu evitarea schimbului de noapte, reducerea periodică a programului de activitate, schimbarea locului de muncă, transferul periodic într-un nou loc de muncă, ameliorarea condițiilor de muncă, acordarea de concedii medicale după nevoie, sînt sarcini cotidiene ale medicilor de întreprindere.

Dispensarizarea bolnavelor cu afecțiuni genitale cronice, plasarea lor în locuri de muncă potrivite, tratamentul igieno-dietetic, medicamentos, fizioterapic sau chirurgical corespunzător, semnalarea și discutarea — împreună cu medicul expert și cu specialistul ginecolog — a eventualelor discordanțe între afecțiunea bolnavelor și solicitările locului de muncă, luarea măsurilor corespunzătoare, constituie o *adevărată operă de prevenire a invalidității.*

Deși multiple, aceste sarcini sînt pe deplin realizabile în condițiile organizării medico-sanitare actuale din țara noastră și a organizării întreprinderilor noastre, mai ales că mecanizarea, automatizarea, ergonomizarea, conjugate cu școlarizarea și profesionalizarea în masă a femeilor, au lărgit mult posibilitățile de reîncadrare a bolnavelor cronice de orice fel prin crearea de locuri de muncă cu solicitări energetice mai mici. În condițiile actuale este posibil ca majoritatea handicapatelor prin afecțiuni genitale să poată fi reîncadrate în activitatea productivă.

În cazurile cînd reîncadrarea în aceeași întreprindere este imposibilă, fie din cauza condițiilor particulare incompatibile, fie din cauza handicapatei însăși, s-a încercat crearea unor „ateliere prote-

Scanned with OKEN Scanner

jate", în care au fost plasate numai handicapate. Experienţa acumulată a arătat că nu este bine ca handicapaţii să fie izolaţi în unităţi destinate exclusiv lor. Dimpotrivă, este mai util să se amenajeze locuri de muncă potrivite în cadrul întreprinderilor obişnuite.

Atunci cînd o întreprindere nu poate realiza singură aceste ateliere, organizarea se poate face pe un plan mai larg în localitatea respectivă prin colaborarea mai multor unităţi industriale.

Interesul muncii protejate rezidă în însăşi caracterul său de ergoterapie şi ca tratament profilactic sau metafilactic dirijat, sistematic şi controlat. Pe lîngă obiectivele generale ale acestei metode de recuperare, ea corespunde şi anumitor deziderate de ordin psihologic: influenţează favorabil procesul de vindecare prin stimularea încrederii în forţele proprii, prin creşterea dorinţei de însănătoşire şi prin limitarea posibilităţii de dezvoltare a unor reacţii deviante pasive. Ea constituie totodată o cale de corecţie a concepţiilor şi atitudinilor negative faţă de muncă atît ale medicilor, cît şi ale handicapatelor. Este important ca reîncadrarea în muncă să întrunească şi cooperarea handicapatei respective.

Rezolvarea unor probleme sociale cum ar fi: atribuirea de ajutoare ocazionale în bani sau materiale, urmărirea şi rezolvarea unor probleme sociale care se situează la graniţa dintre viaţa profesională şi cea extraprofesională, pot fi soluţionate de medicul de întreprindere cu sprijinul asistentei sociale de pe lîngă cabinetul E.M.R.C.M. teritorial.

I.4. Unităţi pentru recuperarea femeilor cu afecţiuni genitale cronice

Există mai multe tipuri de unităţi în cadrul cărora se desfăşoară procesul de recuperare sub aspectul său medical şi socioprofesional.

— *Unităţi specializate în recuperarea unor anumite grupe de boli cronice sau grupe de boli cronice apropiate asociate*, cum ar fi handicapaţii locomotori care survin ca urmare a afecţiunilor neurologice sau ortopedice asemănătoare cu spitalele obişnuite în care pe lîngă procedurile medico-chirurgicale propriu-zise se efectuează fizioterapie, kinetoterapie şi ergoterapie.

— *Unităţi specializate în recuperare care se ocupă cu bolnavii transferaţi după ce au trecut peste etapa medico-chirurgicală obişnuită*, în care se aplică cu precădere un antrenament profesional, urmărindu-se reducerea perioadei de convalescenţă.

Scanned with OKEN Scanner

— *Unități de recuperare care efectuează cu predominanță procedurile educative-pedagogice ale recuperării* prin care se urmărește calificarea profesională cu ajutorul unor metode educative adecvate.

— *Unitățile industriale de recuperare* efectuează antrenarea progresivă a handicapaților la activitățile profesionale obișnuite strict individualizate în funcție de particularitățile biologice și profesionale ale fiecărui caz.

— *Spitalele de zi* îngrijesc bolnavii multilateral în timpul zilei, dîndu-li-se posibilitatea să revină la modul de viață obișnuit în timpul nopții.

— *Căminele de noapte* acordă asistență medicală în timpul nopții, persoanele cuprinse în acest sistem desfășurîndu-și activitatea profesională în turele de zi. În multe părți ale lumii acest mod de tratament a înregistrat succese deosebite. Se tinde tot mai mult spre o terapie activă, unde recomandarea imobilizării la pat să fie de scurtă durată, iar viața spitalicească să fie cît mai scurtă și cît mai apropiată de viața normală a persoanelor valide. Se tinde deci la „umanizarea" și „hotelierizarea" asistenței medicale de staționar. Se au în vedere desigur afecțiuni cronice compatibile cu o viață apropiată de cea obișnuită și cu un grad oarecare de activitate.

— *Centrele de recuperare* asociază instituția de tratament cu cea de recuperare. Asemenea centre funcționează la Iași și la Cluj-Napoca.

Se pune problema dacă este necesară construirea unui asemenea centru specializat pentru recuperarea în exclusivitate a bolnavelor cu afecțiuni genitale sau dacă în cadrul unui centru de recuperare nu ar fi necesară o secție destinată ginecopatelor cronice.

Considerăm că momentan și în viitorul apropiat nu sînt necesare asemenea secții. Organizarea actuală a asistenței ginecologice de la noi, cu sistemul ambulator și staționar pentru adolescente și pentru adulte, asigură cadrul necesar activității de recuperare cu condiția ca să existe preocupări organizatorice și tehnice în acest sens. Ambulatorul de ginecologie în cadrul policlinicii ar urma să polarizeze acțiunile de recuperare din teritoriul pe care-l deservește.

Activitatea practică s-ar putea astfel schematiza:

— depistarea bolnavelor cu afecțiuni genitale cronice și catagrafierea lor prin personalul ce activează în ambulatoriile de ginecologie din cadrul policlinicilor și întreprinderilor;

— precizarea diagnosticului morfofuncțional în condiții de ambulator și/sau staționar;

Scanned with OKEN Scanner

— fixarea și urmărirea efectuării planului de recuperare de către medicii de specialitate (ginecologi) din cadrul spitalului și policlinicii.

Tratamentul complex recuperator în condiții de staționar ori ambulator se efectuează de către echipa de medici ginecologi a spitalului respectiv. Concediile medicale mai îndelungate se acordă prin comisiile de expertiză medicală județeană conform legislației în vigoare.

Eventualele probleme socioprofesionale ale bolnavei se rezolvă cu sprijinul cadrelor de pe lîngă cabinetul de expertiză medicală teritorial, ajutate de medicul de întreprindere și în caz de nevoie de asistentele sociale din cadrul policlinicii teritoriale sau ale direcției pentru probleme de muncă și ocrotiri sociale (D.P.M.O.S.) ale consiliului popular județean. Acești tehnicieni sociali sprijină persoana handicapată să depășească eventualele carențe economice prin acordarea unor sume de bani pentru procurarea de medicamente sau acoperirea altor nevoi economice (fete-mame etc.). Problemele de tratament se rezolvă prin căile obișnuite ale spitalului teritorial. La momentul potrivit se adaugă tratamentul fizic și kineziterapeutic. Persoanele încadrate în gradul I sau II de invaliditate sînt absolvite de orice activitate profesională pe timp de 6 sau 12 luni sau mai puțin, după nevoie, în care timp li se continuă procedurile recuperatorii în condiții de repaus profesional total. Persoanele încadrate în gradul III de invaliditate vor fi menținute în vechiul loc de muncă cu program redus la jumătate, ori vor fi transferate într-un loc de muncă cu solicitări profesionale mai mici unde activează cu 1/2 normă pe zi, urmînd să fie revizuite peste 6 luni. În caz de nevoie termenul de revizuire poate fi mai scurt de 6 luni. În acest interval se efectuează procedurile recuperatorii stabilite în planul complex de recuperare.

Persoanele încadrate în gradul III de invaliditate și cele depensionate vor fi urmărite și ajutate în muncă de către medicul ginecolog teritorial, medicul de întreprindere, medicul cabinetului de expertiză medicală și de către asistenta socială a aceluiași cabinet. Reîncadrarea în muncă se poate face și în alte întreprinderi sau în cooperativele de invalizi, unități create în acest scop în toate marile orașe din țară.

Este important de reținut că încadrarea în invaliditate are caracter tranzitiv. În intervalul dintre revizuiri, eliberată de sarcinile sale profesionale, bolnava are timpul să urmeze procedurile recuperatorii necesare, pentru ca într-un interval cît mai scurt să reintre în activitate.

Scanned with OKEN Scanner

Dacă bolnava nu este calificată, apare o altă problemă, aceea a orientării sale profesionale, despre care s-a vorbit în capitolul anterior. Chiar după ce bolnava a fost recuperată, lucrează și se simte bine lucrînd, nu prezintă probleme de ordin economic, familial sau social, are deseori nevoie de observație de durată. Astfel o bolnavă cu histerectomie pentru neoplasm de col uterin, chiar cînd este complet recuperată, are teamă de recidivă, de aceea trebuie să rămînă în dispensarizarea ambulatoriului de ginecologie și a celui de oncologie, unde se efectuează tratamentul corespunzător chiar dacă este vorba numai de psihoterapie. Handicapatele încadrate în activitate — foste invalide — rămîn în dispensarizarea activă a ambulatoriului de ginecologie teritorial și a dispensarelor de pe lîngă întreprinderile respective.

Pentru recuperarea handicapatelor prin afecțiuni ale organelor genitale există și în momentul de față o mare parte din cadrele necesare. Cele care lipsesc, dar care obișnuit fac parte din echipa de recuperare, cum sînt cele care efectuează kinetoterapie, gimnastica medicală, terapia ocupațională, pot fi formate în timp relativ scurt prin calificarea la locul de muncă sau prin cursuri speciale. Pînă la formarea noilor cadre se vor folosi cele existente la secția de balneofizio-kinetoterapie din cadrul policlinicii teritoriale ce funcționează de regulă în aceeași clădire cu ambulatoriul de ginecologie.

În maniera practică expusă, recuperarea handicapatelor ginecopate nu ridică deocamdată problema creării unei baze materiale distincte față de cea existentă. Cu deosebire nu pretinde edificii deosebite, ci numai înzestrarea celor existente cu tehnică modernă de explorări și tratament la nivelul posibilităților etapei actuale.

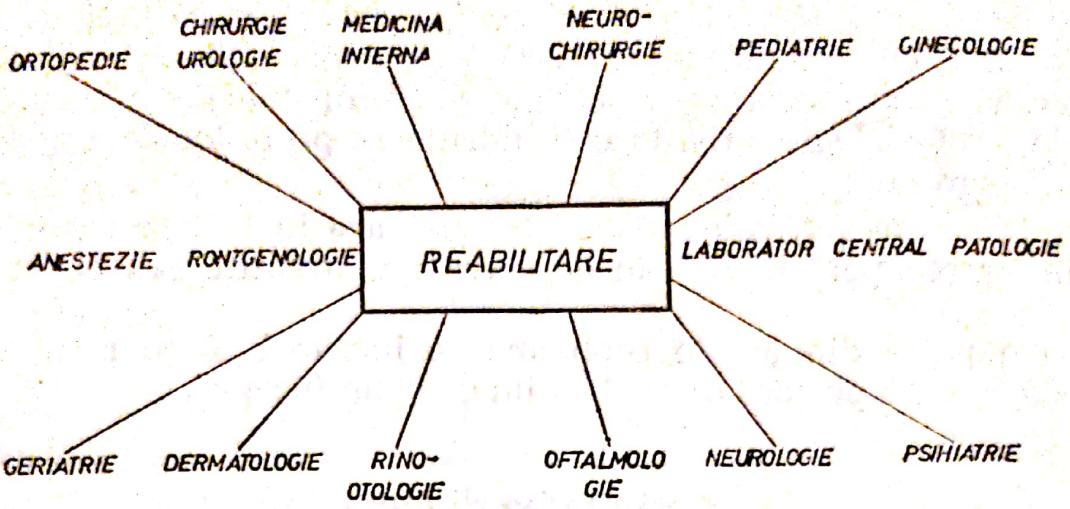
Este însă absolut necesară închegarea unor echipe omogene de recuperare. Dezideratul este realizabil mai ales dacă se are în vedere că și în condițiile obișnuite de activitate sînt îndeplinite anumite sarcini de recuperare. Activitatea în această direcție este încă sporadică, neorganizată și ca atare — în starea actuală — eficiența ei rămîne nesatisfăcătoare.

În condițiile actuale și de viitor apropiat, activitatea de recuperare a handicapatelor ginecopate s-ar putea efectua prin crearea unor *subsecții de recuperare* în cadrul secțiilor de ginecologie die spitalele unificate, iar în clinicile universitare, în cadrul secțiilor sau clinicilor de ginecologie.

O secție ce îngrijește ginecopate ar urma să fie compusă din 5 subsecții: urgențe, sterile, septice, boli obișnuite acute sau cronice și subsecția de recuperare.

Prezentăm schema unui mare spital cu secții de recuperare (fig. 1).

Scanned with OKEN Scanner



ORGANIZAREA MODEL A UNEI SECTII DE REABILITARE ÎN CLINICILE UNIVERSITARE SAU MARILE SPITALE (REALIZATA ÎN PARTE ÎN GARCHES LÎNGA PARIS SI ÎN KÖLN (după K. A. JOCHEIM. Dtsch. med. J. 22. (1971) 131).

1.5. Activitatea de cercetare şi didactică în probleme de recuperare a femeilor cu afecţiuni genitale

Numeroase şi importante probleme de cercetare fundamental-aplicativă stau în faţa echipei de recuperare a ginecopatelor. Importanţa lor decurge atît din temele care se pot studia, cît şi din finalitatea pe care o urmăresc: ameliorarea condiţiei umane a femeilor cu afecţiuni genitale prin reinserţia sau inserţia lor socială şi prin redarea posibilităţii ca femeia tînără să rămînă gravidă şi să nască făt viabil. Probleme ca: epidemiologia femeilor cu afecţiuni genitale, dinamica invalidităţii prin afecţiuni genitale, factorii de risc biopsihosociali care determină îmbolnăviri invalidante ale organelor genitale, evaluarea ştiinţifică a capacităţii de muncă în diferite afecţiuni genitale, factorii de risc pentru sterilitatea primară sau secundară, studiul factorilor care asigură succesul şi stabilitatea recuperării, sau cei care se opun recuperării, eficienţa biopsihoeconomică a recuperării, sînt numai cîteva din marile probleme ce-şi aşteaptă cercetătorii. Se întrevăd totodată greutăţile unor astfel de cercetări ce rezultă din două grupe de cauze:

a) *necesitatea închegării unei echipe de cercetare poli- şi interdisciplinară* cu o concepţie unitară bazată pe explorări funcţionale clinice şi paraclinice, de fiziologie şi fiziopatologia muncii, ergometrie, profesiologie, orientare şi îndrumare profesională, ergonomie, sociocultură etc.;

b) *înzestrarea tehnico-materială* care are în vedere îndeplinirea sarcinilor recuperării, temele de cercetare amintite sau altele similare.

La o parte din aceste probleme se încearcă să se răspundă în această lucrare pe care o considerăm doar un început.

Activitatea didactică

Activitatea didactică este încă la început. În S.U.A., din cele 86 Universităţi (în 1976), 82 au catedre pentru medicină reabilitatorie. În R. F. Germania există astfel de cadre formate sau în curs de formare la Marburg, Heidelberg, Köln şi Ulm (Bleidick şi colab. (12)).

Încă din 1963, F. H. Krusen (36) relevă problema învăţământului şi a cercetării în medicina fizică şi în readaptare, subliniind necesitatea organizării pe lîngă fiecare Facultate de medicină a unui curs care să cuprindă toate fazele readaptării, avînd raport cu invaliditatea secundară. După acest autor, studentul în medicină trebuie să se familiarizeze cu problemele recuperării capacităţii de muncă şi să înţeleagă că responsabilitatea lui faţă de bolnav nu se termină decît după reîncadrarea fostului bolnav în activitate şi după readaptarea lui la muncă. I. D. Arbatkaia şi colab. (4) arată necesitatea predării expertizei medicale şi recuperării capacităţii de muncă la studenţii în medicină şi în cadrul cursurilor de perfecţionare postuniversitare din U.R.S.S., problemă dezbătută în acelaşi timp şi la noi (22), (32).

În ţările socialiste există preocupări în legătură cu promovarea activităţii de recuperare a capacităţii de muncă. Un moment important în această activitate a avut pentru noi a IX-a Conferinţă a miniştrilor în problemele sănătăţii şi asistenţei sociale din ţările socialiste (noiembrie 1967, Praga) şi a V-a Sesiune ştiinţifică a Academiei de ştiinţe medicale din 1974 de la Bucureşti, axate pe problemele recuperării prin tratament medical şi prin muncă. S-a subliniat necesitatea elaborării unor programe de recuperare. S-a conturat cadrul noţiunii de recuperare, subliniindu-se necesitatea ca aceasta să înceapă încă de la patul pacientului şi să continue pînă la atingerea scopului său final, adică încadrarea handicapatului într-o acti-

Scanned with OKEN Scanner

vitate corespunzătoare, care să-i aducă satisfacții. S-a subliniat că recuperarea nu este numai o problemă medicală, ci și o problemă politică, filozofică, economică, sociologică, pedagogică, psihologică, tehnică și, ca atare, întreaga societate trebuie să contribuie la înfăptuirea ei și la crearea condițiilor optime pentru a se dezvolta ulterior. S-a recunoscut de asemenea că „o parte integrantă a procesului de recuperare este stabilirea gradului de capacitate de muncă restantă la invalizi".

La București funcționează *Institutul de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă*, forul metodologic și științific al țării în probleme de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă. În acest institut se predau cursuri de metodologie a expertizei medicale și recuperare a capacității de muncă. Este necesară lărgirea acestor preocupări și introducerea acestor cursuri și la celelalte institute de medicină din țară. Cei care lucrează în expertiza medicală și recuperarea capacității de muncă sesizează ușor lipsurile medicilor în acest domeniu, precum și consecințele biopsihoeconomice care decurg din aceste lipsuri. În prezent cînd medicina a devenit și devine din ce în ce mai socială, cînd cel puțin 1/4 din bolnavi prezintă probleme medicosociale, aceste carențe în educația tinerilor medici sînt cît se poate de evidente și totodată păgubitoare atît pentru bolnavi, cît și pentru societate.

1.6. Eficiența activității de recuperare a femeilor cu afecțiuni genitale

Eficiența s-a impus ca adevărată măsură a oricărei activități umane, iar medicina nu face excepție de la această regulă.

Recuperarea femeii cu afecțiuni genitale urmărește pe lîngă efectele sanogene biopsihice — cu dezideratul ca tînăra femeie să rămînă gravidă și să nască făt viu — o serie de efecte socioeconomice asupra bolnavei, a familiei sale și a societății care au ca rezultate — de importanță deloc secundară — redarea demnității și a sentimentului utilității sale.

Pentru bolnavă și familia sa, încadrarea într-o activitate duce la creșterea substanțială a bugetului familiei.

Pentru societate, recuperarea capacității de muncă duce pe de o parte la scăderea numărului dependenților sociali, iar pe de altă

parte la atragerea în activitate de noi forţe de muncă de care societatea are nevoie.

Calculînd în ansamblu pierderile anuale produse de îmbolnăvirile organelor genitale la femei se însumează valori mari de bani pentru asistenţa medicală, ajutoarele de boală şi pensii (vezi capitolul al II-lea: *„Morbiditatea şi invaliditatea prin boli genitale"*). La toate acestea trebuie adăugate şi pierderile rezultate din lipsa acestor bolnave din activitatea productivă. Nu pot fi trecute cu vederea pe lîngă consecinţele negative asupra bugetului statului, pierderile personale ale acestor bolnave. Prin trecerea lor de la starea de activitate la cea de invaliditate şi inactivitate temporară — parţială sau totală — acestea îşi reduc venitul considerabil.

Sistemul ocrotirii sănătăţii din ţara noastră, oferă o premiză favorabilă aplicării unui mare număr de măsuri de recuperare şi deschide perspectiva unei continue perfecţionări a acestora. O atenţie deosebită solicită etapele de trecere de la inactivitate la activitate, ca şi postura, în conceptul actual. Accesul către o reţea balneo-sanatorială corespunzătoare, ergoterapia, dispensarizarea prin unităţi de profil, ce asigură terapia de întreţinere etc., sînt obiective care stau în centrul preocupărilor pentru ameliorarea activităţii de recuperare şi pentru creşterea eficienţei sale.

Însă dezvoltarea organizării economice şi perfecţionarea tehnică influenţează traducerea în fapt a deziderateului unei recuperări individualizate. Astfel diversificarea producţiei creează condiţiile utilizării tuturor forţelor de muncă, indiferent de mărimea lor. Automatizarea şi mecanizarea activităţilor scăzînd efortul fizic şi locomotor profesional, permite folosirea cu randament, chiar şi a persoanelor cu capacitate de efort fizic scăzut. Se înlesneşte în acest fel tot mai mult accesul persoanelor handicapate la circuitul economic. Mari posibilităţi oferă organizarea de locuri de muncă protejate, care pentru bolnavele cu afecţiuni genitale necesită uneori modificări minore. Problema se reduce adesea la adecvarea graficului de muncă sau la modificarea posturii la locul de muncă (realizîndu-se în locul unei posturi predominante ortostatice, una predominant şezînd sau şi mai bine alternîndă).

Experienţa dobîndită în numeroase centre din lume pledează pentru eficienţa acţiunii de recuperare. Bunele rezultate care se pot obţine ating de regulă dimensiunea rentabilităţii economice. De exemplu, prin investigarea unui fond special pentru măsuri de recuperare s-a reuşit, în Australia, încadrarea în muncă a unui mare număr de handicapaţi. Ca urmare a acestei acţiuni au fost obţinute

Scanned with OKEN Scanner

economii care au depășit cu cel puțin o dată suma investită inițial. La centrul de readaptare din Gleize sumele cheltuite pentru înzestrarea tehnică au fost amortizate în numai doi ani prin activitatea celor recuperați. La districtul Croydon din Londra, cunoscut pentru centrul său guvernamental de antrenament al deficienților și pentru unitatea sa de readaptare industrială, se lucrează cu eficiență economică în condițiile în care săptămîna de lucru este de 35 de ore. În secția de muncă protejată, durata se reduce la 40 de ore. Salarizarea se face diferențiat, astfel că se realizează întregul fond de salarii al atelierului de muncă protejată încă din cursul primelor luni de la încadrarea handicapatelor în activitate. Numeroase alte centre comunică de asemenea rezultate bune în legătură cu cele mai diferite deficiențe. Rentabilitatea economică nu constituie criteriul principal în elaborarea măsurilor celor mai potrivite pentru impulsionarea recuperării. Prin ponderea sa nu este însă un factor de neglijat. Prin studii precise privitoare la „eficiența cheltuielilor" — termen economic modern — s-au verificat, și în cadrul activității de recuperare, cheltuielile investite, aducînd beneficii ca orice altă investiție.

Condițiile social-economice constituie însuși fondul pe care se desfășoară activitatea de recuperare. În coordonatele actuale se poate acționa, prin colaborarea medicilor și a altor cadre care lucrează în cabinetele și comisiile de expertiză medicală și recuperarea capacității de muncă și a comisiilor de asigurări sociale și pensii din întreprinderi, pentru găsirea de noi resurse.

Un argument care ar putea fi invocat împotriva încadrării în activitate a bolnavelor cu afecțiuni cronice și a invalidelor prin afecțiuni genitale ar fi absenteismul acestora și ca atare creșterea morbidității în întreprinderea respectivă. O astfel de observație pare firească doar la prima vedere, în realitate, așa cum precizează o analiză mai atentă, proporția celor care lipsesc nu este mai ridicată față de grupul celorlalți muncitori. Există lucrări statistice care atestă ca invalizii încadrați în procesul muncii nu cresc morbiditatea din întreprinderea respectivă și că indicele de morbiditate al acestora a scăzut brusc după ce au fost dinpensarizați activ. Studiul citat semnalează o proporție de 72% din invalizii dispensarizați care continuă să practice profesiunea lor de bază. Rezultatul este semnificativ dacă se are în vedere posibilitatea de a se valorifica în continuare experiența personală, deprinderile dobîndite și în general întregul stereotip dinamic profesional. Procentul ridicat de invalizi care își păstrează profesiunea este rezultatul unor factori multipli: cointeresarea lor morală și materială, dispensarizarea activă și încadrarea corectă care trebuie să întrunească următoarele condiții:

Scanned with OKEN Scanner

— evaluarea precisă a restantului morfofuncțional, cu aprecierea stadiului evolutiv și a perspectivelor de evoluție a acestuia;

— selecționarea atentă și plasarea în locuri de muncă după principii ergonomice;

— urmărirea continuă prin dispensarizare activă;

— aplicarea măsurilor complexe de recuperare biologică și socioprofesională;

— amenajarea la nevoie a locului de muncă după principii ergonomice;

— asigurarea sprijinului persoanei handicapate și a familiei acesteia, mai ales cînd are condiții modeste de viață, deoarece familia care așteaptă salariul este mai dispusă la recuperarea prin muncă decît familia care poate să suporte sarcina unui invalid neproductiv;

— asigurarea participării persoanei handicapate la secțiunea de recuperare prin muncă și paralel prin respectarea planului complex întocmit de echipa de recuperare (este vorba de autoajutorul pentru autorecuperare).

Observația practică ne arată că este vorba încă de multă educație medicosanitară și cetățenească pentru ca handicapații să înțeleagă dubla obligație: pe de o parte obligația fiecărui cetățean de a munci atît cît poate și acolo unde dă cel mai bun randament și pe de altă parte obligația societății de a asigura existența membrilor săi atunci cînd aceștia sînt în incapacitate de muncă. Unii dintre handicapați înțeleg numai cea de-a doua obligație, de aici necesitatea socioculturii.

Întocmirea judicioasă și urmărirea aplicării întocmai a planului complex de recuperare de către medicul ginecolog, medicul expert în evaluarea și recuperarea capacității de muncă și medicul întreprinderii în care este încadrată bolnava, precum și cooperarea bolnavei la propria recuperare, rămîne o sarcină de prim ordin care asigură premizele unei activități de recuperare eficientă pe multiple planuri biopsihice și socioeconomice.

Bibliografie selectivă

1. **Aburel E.** — Ginecologia, Edit. medicală, București, 1960, 581—618.
2. **Aburel E., Petrescu V. D., Orbesteanu D.** — Obstet. și Ginec., 1963, 10, 449.
3. **Alberto Bruno** — Medicina del Lavoro, 1956, 5.
4. **Arbatkaia D. I., Duhovnaia L. O., Sapohova G. I.** — Sovetsk. Zdravodoh., 1971, 10, 45.
5. **Aslan Ana** — Tribuna, 1975, XIX, 16. X.
6. **Baatz H. Z.** — Angew. Bäder u. Klimaheilk., 1966, 2, 1.

Scanned with OKEN Scanner

7. **Baatz H. Z.** — Angew. Bäder u. Klimahailk., 1964, 5, 3.
8. **Baeder A.** — în vol. A munkaköri alkalmasság Orvosi Elbírálásának Irányelvei, Edit. Medicina, Budapest, 1960.
9. **Bausenwein Ingeborg** — Münch. med. Waschr., 1972, 31, 1, 325.
10. **Barbu Ioana** — Anul internațional al femeii, Scînteia, XLIV, 7. III. 1975.
11. **Bâlcea I., Sirbu Aurelia** — Comunicare la Simpozionul „Probleme de psihoterapie", Sibiu, 1974.
12. **Bleidick U., Brinkmann Ch., Jocheim A. K., Wiedmann E.** — Rehabilitation, vol. I, Edit. Georg Thieme, Stuttgart, 1975.
13. **Borbath A.** — Rev. medicală, 1973, 1, 40.
14. **Bourdoncle** — Bul. Serv. Soc. France, 1969, 172—173, 3—37.
15. **Charter M.** — Vie Méd., 1977, 8, 527.
16. **Chazal M.** — Rééducation-France, 22. VI. 1970, 29.
17. **Comes V.** — Memento de practică medicală, Cluj, 1972, 2, 58.
18. **Cristea A., Alexandrescu M. M., Popovici V., Curelea El., Constantin Liliana, Pop Viorica, Staoanu** — Viața medicală, 1973, 13, 595.
19. **Damian Natalia** — Sociologia familiei, Curs, Universitatea București, 1972.
20. **Dauss J.** — Rehabilitation, vol. I, Gesetzliche Grundlagen-Metoden und Masshamen, Edit. Georg Thieme, Stuttgart, 1975, 346.
21. **Elias M., Dan Elena, Puica Margareta Ciudui** — St. cerc. med., Timișoara, 1962, 1—2, 185.
21 a. **Filipaș Cornelia** — Scînteia, 1981, anul L., nr. 11988.
22. **Fodor O., Marin Fl.** — Clujul medical, 1971, 3, 519.
23. **Fodor O., Marin Fl., Dumitrescu D.** — Recuperarea bolnavilor digestivi, Edit. Dacia, Cluj-Napoca, 1978.
24. **Grober J., Stieve F. E.** — Handbuch der Physikalischen Therapie, vol. IV, Edit. Gustav Fischer, Stuttgart, 1968, 2—322.
25. **Hațieganu I., Goia I.** — Tratat elementar de semiologie și patologie medicală, vol. II, Cluj, 1936, 331.
26. **Hațieganu I.** — Educația fizică a femeii. Volumul: Conferința de medicină aplicată la Educație fizică și sport, Edit. Cartea Românească, Cluj, 1938, 87—116.
27. **Heyde W.** — Rehabilitation, vol. II, Edit. Georg Thieme, Stuttgart, 1975, 248.
28. **Ionescu C.** — Psihosomatica, Edit. științ. encicloped., București, 1975.
29. **Ivanciuc Emilia** — Clujul medical, 1973, 1, 149.
30. **Jocheim K. A.** — Dtsch. med., 1971, 22, 131; Med. Klin., 1972, 41, 1 312.
31. **Kanevskaia M. S.** — Gig. Truda. Profesionalnîe Zabol., 1961, 1, 36.
32. **Klaus E. J., Noack H.** — Frau und Sport, Edit. Georg. Thieme, Stuttgart, 1961.
33. **Klosovski N. B.** — Vestn. Akad. Med. Nauk. SSSR, 1972, 10, 310.
34. **Köppich Ana** — Igiena, microbiol. epidemiol., 1953, 6, 3.
35. **Kovacs Judith** — Le rôle de la femme dans la famille. Simpozionul: „Femeia în societatea contemporană" Jugoslavia, 1968.
36. **Krusen H. F.** — J. Belge méd. physique et rhumatol., 1963, 5, 198.
37. **Lanalde Ch.** — Arch. mal. prof., 1962, 3, 167.
38. **Labrousse D.** — Bordeaux medical., 1978, 16, 1 441.
39. **Marin Fl.** — Curs elementar de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă, Litografia I.M.F., Cluj, 1973.

Scanned with OKEN Scanner

40. **Marin Fl., Vinţi D.** — Recuperarea femeii cu afecţiuni genitale, Comunicare U.S.S.M., Filiala Cluj-Napoca, Secţia Ginecologie obstetrică, 7. X. 1977.
41. **Maurer M.** — Expertiza medicală şi recuperarea capacităţii de muncă, vol. I şi II, Edit. medicală, Bucureşti, 1969.
42. **Möbius V.** — Arch. für. Physikalische Terapie, 1957, 2, 110.
43. **Moraru G., Mureşan G., Cucuianu M., Mureşan Al.** — Medicina internă, 1966, 10, 1 257.
44. **Niel Mathilde** — Drama eliberării femeii, Edit. politică, Bucureşti, 1974.
45. **Nitsch S.** — Rehabilitation, vol. I, Edit. Georg Thieme, Stuttgart, 1975, 104.
46. **Novikoff G. C. K.** — Rev. Prat., 1977, 54, 3 757.
47. **Nuţa M., Raţiu O., Dragoncea C.** — Viaţa medicală, 1976, 3, 87.
48. **Oproiu Ecaterina** — prefaţă vol. Drama eliberării femeii, Edit. politică, Bucureşti, 1974, 12.
49. **Păunescu-Podeanu, Băltăreanu O., Miclea T., Lungu Gr., Ilea St.** — St. cerc. endocrinol., 1963, 2, 273.
50. **Păunescu-Podeanu A.** — Bolnavi dificili, Edit. medicală, Bucureşti, 1969.
51. **Pitiş Marcela** — Scînteia, XLV, 18.I.1976.
52. **Popescu C.** — Boala canceroasă şi reabilitarea, Edit. medicală, Bucureşti, 1966.
53. **Roşiu D.** — Clujul medical, 1957, 4, 137.
54. **Rusu O.** — Propedeutica obstetricală şi ginecologică, vol. I—II, Edit. Dacia, Cluj-Napoca, 1974.
55. **Săhleanu V., Voiculescu I. C.** — Probleme de biologie umană, Edit. didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1976.
56. **Scuebat C., Berland G.** — Rev. Franc. Gynec. Obstet., 1973, 68, 185.
57. **Schwartz M., Nicoară Gh.** — Chirurgia, 1960, 2, 287.
58. **Seradour B., Serment H.** — Rev. Prat., 1977, 17, 1 101.
59. **Stroescu C., Munteanu L.** — Factorii naturali de cură din principalele staţiuni balneoclimaterice din România, Edit. Sport-Turism, Bucureşti, 1976.
60. **Sirbu P.** — Patologie chirurgicală (sub redacţia Th. Burghele), vol. VII, Edit. medicală, Bucureşti, 1976.
61. **Szekely A.** — Ergonomia: aplicaţii-perspective, vol. IV, Cluj-Napoca, 1979.
62. **Văleanu Vasile, Daniel Constantin** — Psihosomatica feminină, Edit. medicală, Bucureşti, 1977.
63. **Vasiliu V., Vago N.** — Ginecopatiile în practica medicală, Edit. medicală, Bucureşti, 1966.
64. **Vinţi I., Pascu C., Titieni D.** — Adolescentul de azi, familia de mîine, Edit. Dacia, Cluj, 1973, 90—125.
65. **Vinţi I., Fenişan M., Opriş Al., Schwartz I.** — Clujul medical, 1974, 2, 209.
66. **Werner Lüttge** — Termo-balneo- şi actinoterapia în bolile de femei, Edit. F. Enke, Stuttgart, 1938.
67. **Vogralik S. V.** — Îndreptar de cultură fizică medicală, Editat la Gorki 1952 (traducere litografiată I.M.F., Cluj-Napoca).
68. * * * — Hotărîrea Plenarei C.C. al P.C.R. din 18—19 iunie 1973: Cu privire la creşterea rolului femeii în viaţa economică politică şi socială a ţării.
69. * * * — Nomenclatorul meseriilor, specialităţilor şi funcţiilor în care pot fi încadrate femei, 1975.
70. **Dinculescu Tr., Teleki N., Berlescu Elena, Drăgan M., Ivănescu Tr., Sbenghe T., Voiculescu Camelia, Sdic L., Agîrbiceanu T.** — Indicaţii şi contra-

Scanned with OKEN Scanner

II. Morbiditatea generală. Incapacitatea temporară de muncă şi invaliditatea prin boli ale organelor genitale la femei*

(Fl. Marin, D. Vinţi)

II.1. Morbiditatea generală

Planificarea şi aplicarea celor mai eficiente măsuri pentru scăderea morbidităţii (cu sau fără incapacitate temporară de muncă), a invalidităţii şi mortalităţii prin diferite boli, trebuie să se sprijine pe date statistice complete şi just analizate, care să cuprindă cît mai multe informaţii privitoare la frecvenţa îmbolnăvirilor, la etiopatogenie şi să cuprindă alte date pe baza cărora să se organizeze măsurile de prevenire, diagnostic, terapie şi recuperare ştiinţific fundamentate şi ca atare cu eficienţă maximă.

Datele cele mai fidele pentru studiul morbidităţii şi al incapacităţii temporare de muncă ni le oferă dispensarele de la policlinici şi întreprinderi (2), (24).

În acest capitol vom efectua un stadiu asupra morbidităţii (cu şi fără incapacitate temporară de muncă) şi al invalidităţii prin afecţiuni genitale la femei.

Materialul şi metoda de lucru

Studiul efectuat de noi cuprinde majoritatea femeilor cu afecţiuni genitale din raza judeţului Cluj care au intrat în preocupările noastre fie în cadrul obligaţiilor privitoare la cunoaşterea şi combaterea morbidităţii cu incapaci-

* Studiu efectuat după normele O.M.S. (27).

Scanned with OKEN Scanner

tate temporară de muncă, fie în cadrul acordării de concedii medicale prin comisia județeană de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă, fie au fost examinate în cadrul activității de evaluare a capacității de muncă.

S-au folosit rapoartele ambulatoriilor cu profil de ginecologie din municipiul Cluj-Napoca, diferite studii efectuate la unele din marile întreprinderi, mai ales cele ce cuprind cu predominanță femei și lucrări care se refereau la studentele de la I.M.F. Cluj-Napoca. Datele obținute au fost completate și comparate cu studii ale diferiților autori de la noi sau din străinătate (1), (2), (4), (8), (11), (17), (18), (19).

Observații medicale precise și complete au fost efectuate la bolnavele internate la Clinica ginecologică I Cluj-Napoca (șeful clinicii: prof. dr. O. Rusu) și la cele care au necesitat concedii medicale mai îndelungate de 90 de zile. Datele culese la bolnavele încadrate în diferite grade de invaliditate la Oficiul județean de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă au cuprins o serie de parametrii medicosociali (vîrsta, profesia, vechimea în muncă, grupe nosologice, vechimea în invaliditate etc.) care au întregit observația clasică a bolnavelor și au permis concluzii de valoare practică aplicativă asupra cărora s-a insistat în lucrare.

Rapoartele ambulatoriilor cu profil ginecologie din municipiul Cluj-Napoca arată că în aceste ambulatorii cazuistica este astfel repartizată: în jur de 20% pentru bolile genitale propriu-zise, în jur de 60% pentru afecțiunile obstetricale, iar restul de aproximativ 20% este reprezentată de consultații periodice, angajări etc.

Datele statistice care urmează se referă numai la patologia genitală propriu-zisă, lăsînd la o parte patologia obstetricală.

După datele obținute reiese că în municipiul Cluj-Napoca se fac consultații pentru afecțiuni genitale la aproximativ 20 000 de femei anual din care în jur de 8 000, adică 40%, sînt cazuri noi. Extrapoluînd aceste cifre la numărul total de femei adulte din municipiul Cluj-Napoca și comunele limitrofe aparținătoare spitalelor clinice din Cluj-Napoca se poate aproxima că circa 26% din femeile adulte prezintă diferite acuze în sfera genitală, cele mai multe fără substrat morfologic evidențiabil.

În lipsa unor date precise care să privească întregul municipiu ne referim numai la teritoriul Spitalului clinic nr. 1 Cluj-Napoca, al cărui ambulator de ginecologie are o evidență precisă, eșalonată pe mai mulți ani și care deservește aproximativ jumătate din populația municipiului nostru (tabelul nr. III).

Din aceste date se vede că morbiditatea generală ginecologică este dominată de tulburările funcționale genitale 32,2%, urmate imediat de tulburările de statică 31,4% și de afecțiunile inflamatorii ale organelor genitale 26,2%. Tumorile benigne și cele maligne ocupă o proporție mult mai mică (împreună realizează 10,2%).

Din totalul femeilor adulte aparținătoare Spitalului clinic unificat nr. 1 din Cluj-Napoca aproximativ 26% prezintă diferite acuze în sfera genitală, urmare cărora s-au supus unor consultații ginecologice al cărui rezultat a fost prezentat în tabelul nr. III.

Proporția de 26,2% cît reprezintă la noi incidența afecțiunilor inflamatorii genitale se apropie de datele lui W. Schultz (22) din a cărui statistică reiese că aproximativ 30% din bolile genitale sînt determinate de afecțiuni ale anexelor, mai des de natură inflamatorie. Calea de infecție este cea ascendentă și este datorită ascensiunii florei microbiene. Această migrare a florei microbiene este favorizată de devierea spre alcalinitate a pH-ului în mod fiziologic acid din vagin, fenomen posibil mai ales în cursul menstruației și după

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul nr. III

Repartizarea bolnavelor pe grupe nosologice*

Grupa nosologică	Total	%	Cazuri noi		Cazuri vechi	
			Total	%	Total	%
Afecţiuni inflamatorii	1 974	26,2	884	44,8	1 090	55,2
Tulburări de statică	2 364	31,4	1 000	42,3	1 364	57,7
Tulburări funcţionale	2 428	32,2	1 097	45,2	1 331	54,8
Neoplasme genitale	33	0,4	21	63,6	12	36,4
Tumori benigne genitale	739	9,8	272	36,8	467	63,2
Total	7 538	100	3 274	43,4	4 264	56,6

* Datele anului 1976 au fost raportate de dr. Corina Lupan de la ambulatorul de ginecologie al Policlinicii nr. 1 Cluj-Napoca, căreia îi aducem pe această cale mulţumirile noastre.

avorturi. Căile de acces spre anexe sînt diferite: gonococul ajunge la anexe pe calea endometrului, ceilalţi germeni (streptococul putrificus-anaerob şi stafilococii anaerobi-peptococii) după ce ajung în canalul cervical, iau calea limfatică.

În ultimele decenii — ca urmare a introducerii terapiei cu antibiotice — frecvenţa lor a scăzut în jur de 10%. Gonococul care deţinea 70% din cazuri în trecut, apare în prezent doar în proporţie de 5% şi este în continuă scădere.

Într-un studiu efectuat la *Institutul de Medicină şi Farmacie din Cluj-Napoca,* V. Comes şi colab. (5) arată că patologia organelor genitale la studentele observate este dominată de tulburări ale ciclismului catamenial (hipo- sau hiperfuncţii ovariene) manifestate prin algomenoree şi labilitate a tonusului vascular, evoluînd pînă la lipotimii. În etiologia acestor tulburări funcţionale se întîlnesc de cele mai multe ori:

— *hipoplazii uterine şi tulburări de statică* ale organelor genitale, mai rar s-au găsit chisturi ovariene;

— *vulvo-vaginitele micotice şi parazitare* s-au găsit într-un mare număr de cazuri;

— *cervicitele, metritele şi anexitele* s-au găsit prezente în aproximativ 10% din cazuri;

— *tuberculoza genitală (secundară)* a fost observată în aproximativ 1% din cazuri;

— *malformaţiile congenitale (vagine sau utere duble)* s-au găsit într-un mic număr de cazuri;

— *neoplaziile aparatului genital* sînt observaţii rare, chiar excepţionale, dar posibile şi la fete tinere de vîrsta studenţiei.

Într-o lucrare recentă, M. Deleanu şi colab. (8) au studiat morbiditatea generală într-un centru industrial de metalurgie neferoasă, în raport cu trei oraşe martor. Referindu-se la bolile organelor genito-urinare se evidenţiază diferenţe nete între cele două grupe studiate, atît în populaţia infantilă, cît

Scanned with OKEN Scanner

și la adulți. Astfel la populația infantilă incidența convențională este de 1,57 în centrul industrial și de 1,00 în orașele martor, iar la populația adultă este de 3,79 în centrul industrial și de 1,00 în orașele martor.

Legătura cauzală — sau cel puțin favorizantă — a atmosferei poluante pentru bolile uro-genitale apare deci evidentă, de unde și necesitatea reducerii sale continue.

Ecaterina Flora și colab. (11) au efectuat un studiu asupra a 100 fete componente ale unui lot olimpic observat timp de patru ani. Autoarele au descris o serie de tulburări funcționale și afecțiuni genitale la aceste tinere:

— *hipoplazii uterine* în 39% din cazuri;

— *vulvo-vaginite și cervicite* în 75% din cazuri, din care 25% parazitare (trichomoniazice) și 13% micotice;

— *tulburări de statică ale organelor genitale* în 24% din cazuri;

— *dismenoreea și amenoree* în 24% din cazuri;

— *flora vaginală* s-a găsit în 56% din cazuri în formele de grupa a III-a și 24% în cele de grupa a II-a (după clasificarea lui Schröder);

— *examenul citologic* (Babeș-Papanicolau) a prezentat în proporție de 49,5% tipul II.

Datele de mai sus arată că afectarea aparatului genital la femei este mult mai des dovedită atunci cînd se fac explorări de tip screening, dar în același timp aplicîndu-se și mijloace tehnice de explorare nuanțate și moderne. Acest lucru ne face să afirmăm că în realitate bolile genitale la femei sînt mult mai frecvente decît arată datele care se raportează în mod obișnuit (în lipsa unor examinări screening și neutilizîndu-se mijloace moderne de explorare).

II.2. Incapacitatea temporară de muncă

După datele oferite de *Direcția sanitară a municipiului Cluj-Napoca — Serviciul statistică sanitară* — care se referă la femeile muncitoare angajate în industrie — și anume la întreprinderi care au mai mult de 100 de oameni ai muncii, reiese că la codul 204—213 — afecțiunile aparatului genital la femei — s-a acordat concediu medical an de an în jurul cifrei de o zi și anume: 1,06 în 1972, 0,84 în 1973, 0,79 în 1974, 0,75 în 1975, 0,81 în 1976 și 0,79 în 1977, avînd după cum se vede o ușoară tendință de scădere. Aceasta semnifică faptul că în medie fiecare femeie a primit concediu medical pentru afecțiuni genitale cu ceva mai puțin de o zi pe an. Aceste cifre sînt numai în aparență mici. Extrapolate la toate femeile încadrate în muncă, pe întreaga economie națională se ajunge la evaluarea unor pierderi ce grevează în mod accentuat bugetul de asigurări sociale.

Studiile efectuate de noi în două mari întreprinderi de pielărie-încălțăminte și textile, cu mai multe mii de femei muncitoare din Cluj-Napoca, au arătat că bolile aparatului genital se situează pe locul al III-lea, urmînd după bolile aparatului digestiv și după cele

Scanned with OKEN Scanner

ale aparatului respirator, în rîndul afecțiunilor ce determină incapacitatea temporară de muncă. În medie fiecare femeie a primit 2,1 zile concediu medical pe an.

În întreprinderile studiate de noi morbiditatea ginecologică este dominată de afecțiunile inflamatorii, tulburările de statică și tulburările funcționale ale organelor genitale.

Morbiditatea ginecologică cu incapacitate temporară de muncă mare, din aceste întreprinderi în care domină femeile, arată necesitatea organizării la un nivel superior a asistenței ginecologice în toate întreprinderile în care lucrează femeile și luarea unor măsuri care să asigure igiena intimă a acestora, educația sanitară eficientă și tratament corespunzător în timp util.

Studii similare efectuate de F. A. Erkrath (10) la o întreprindere de construcții din Berlin au arătat că angajatele acestei întreprinderi au realizat, pe perioada 1965—1967, o morbiditate ginecologică de 6,8%. Autorii nu specifică media zilelor de incapacitate temporară de muncă acordate la fiecare femeie. În lucrare se menționează că morbiditatea prin afecțiuni ale organelor genitale este superioară virozelor respiratorii și bolilor cardiovasculare și că ele se situează pe locul al III-lea ca morbiditate, similar cu datele raportate de statistica noastră. În aceeași lucrare se menționează diferite aspecte de morbiditate variabile în funcție de vîrstă: femeile pînă la 25 de ani au o patologie ginecologică de 16% din totalul îmbolnăvirilor din această grupă de vîrstă; între 25 și 35 de ani 15,4%; între 35 și 45 de ani 7,6%; la vîrsta climacteriului 3,5% și apoi numai 1,4%. Datele sînt similare cu cele publicate de noi referitor la incapacitatea temporară de muncă de durată de peste 90 de zile pentru fiecare bolnavă, unde morbiditatea cea mai mare se situează între 21 și 30 de ani.

Studiul morbidității cu incapacitate temporară de muncă cu durata mai mare de 90 de zile prin boli ale organelor genitale în municipiul Cluj-Napoca

Pentru a avea o oglindă cît mai fidelă asupra morbidității cu incapacitate de muncă de lungă durată prin boli genitale în municipiul Cluj-Napoca, s-a efectuat acest studiu care s-a extins pe o perioadă de nouă luni ale anului 1978.

Materialul și metoda de studiu. Datele noastre se referă la 538 femei care au primit concedii medicale cu durată mai mare de 90 zile pentru diferite afecțiuni ale organelor genitale, inclusiv afecțiunile maligne ale glandelor mamare. Concediul s-a acordat în exclusivitate prin comisia județeană de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă, ceea ce asigură exactitatea datelor prezentate. Toate bolnavele au fost îngrijite în clinicile de ginecologie și obstetrică, precum și la cabinetele de specialitate din policlinicile municipiu-

Scanned with OKEN Scanner

lui Cluj-Napoca, fapt ce atestă certitudinea diagnosticului stabilit. S-a folosit metoda statistică de analiză procentuală şi prin valori medii, privind variabilele medicale şi sociale ca: vîrsta, activitatea profesională, diagnosticul clinic şi numărul zilelor de concediu medical acordat.

Rezultate

1. *Structura bolnavelor în funcţie de grupele de vîrstă este prezentată în tabelul nr. IV.*

Tabelul nr. IV

Grupele de vîrstă	Număr cazuri	
	nr. absolut	%
Sub 20 ani	16	2,9
21—25 ani	135	25,1
26—30 ani	135	25,1
31—35 ani	83	15,4
36—40 ani	63	11,7
41—45 ani	44	8,2
46—50 ani	39	7,2
51—55 ani	17	3,2
Peste 56 ani	6	1,2
Total	538	100,0

Din tabelul nr. IV reiese o concentrare procentuală mare a morbidităţii (77,3%) la femeile în vîrstă între 21 şi 40 de ani, care se explică prin faptul că acest interval coincide cu perioada de maximă activitate a organelor genitale şi cu maximum de activitate profesională a femeii. După vîrsta de 36 ani şi mai ales după vîrsta de 40 ani, morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă prin boli genitale scade progresiv pînă la numai 3,2%. Peste vîrsta de 56 ani (vîrste neactive profesional) nu posedăm date statistice similare vîrstelor profesionale active.

Media vîrstei femeilor care au beneficiat de concediu medical mai mare de 90 zile în ultimele 12 luni a fost de 32 ani şi trei luni.

2. *Structura bolnavelor în funcţie de grupele nosologice* se prezintă conform tabelului nr. V.

Din acest tabel se vede că ponderea cea mai mare a frecvenţei o reprezintă femeile cu „afecţiuni perinatale“ (63,6%), urmînd pe locul doi — la mare distanţă — „procesele tumorale benigne ale

Tabelul nr. V

Nr. crt.	Grupele nosologice	Nr. cazuri		Ordinea ponderii
		Nr. absol.	%	
1	Patologia perinatală	342	63,6%	(1)
2	Procese tumorale *benigne* ale colului uterin și uterului	85	15,8%	(2)
3	Procese tumorale *maligne* ale colului uterin și uterului	22	4,1%	(5)
4	Procese tumorale *benigne* ale ovarelor și anexelor	10	1,8%	(7)
5	Procese tumorale *maligne* ale ovarelor și anexelor	6	1,1	(8)
6	Procese inflamatorii ale anexelor și ovarelor	26	4,8%	(4)
7	Metropatii funcționale	16	3,0%	(6)
8	Procese tumorale *maligne* ale glandelor mamare	31	5,8%	(3)
	Total	538	100,0%	

colului uterin și uterului" cu 15,8%, iar pe locul trei se situează „procesele tumorale maligne ale glandelor mamare", cu un procent de 5,8. Pe ultimul loc se află cu 1,1% „procesele tumorale maligne ale ovarelor și anexelor".

Menționăm că un număr de 41 de femei, adică o proporție de 7,6% dintre ele, au fost încadrate ulterior în diferite grade de invaliditate.

Frecvența reală a cancerului de col uterin este relativ greu de evaluat, ea depinde de metoda de examinare. După Gh. Bolba și colab. (1) indicele median de depistare este de 1,6‰ (1,4‰ în 1972 și 1,9‰ în 1973). Pentru bolnavele internate în Institutul Oncologic din Cluj-Napoca cancerul „in situ" este de 0,4% din cazurile internate spontan, în timp ce în perioada de examinări screening a atins o proporție de 19,8%, cifră semnificativă pentru a arăta eficiența multilaterală a examinărilor de acest gen (27). Populația feminină

Scanned with OKEN Scanner

cu „risc crescut“ este reprezentată de grupele de vîrstă 30—64 de ani (1), care trebuie să fie examinate anual.

3. *Structura bolnavelor repartizate în funcție de numărul zilelor de concediu medical de care au beneficiat* este redată în tabelul nr. VI.

Tabelul nr. VI

Intervale zile de concediu medical	Nr. cazuri	
	Nr. absolut	%
Între 9 și 100	25	4,6
Între 101 și 110	60	11,2
Între 111 și 120	160	29,7
Între 121 și 130	54	10,0
Între 131 și 140	49	9,1
Între 141 și 150	70	13,0
Între 151 și 160	34	6,4
Între 161 și 170	32	6,0
Între 171 și 180	54	10,0
Total	538	100,0

Din acest tabel rezultă că mai mult de jumătate din bolnave (50,9%) au beneficiat de concedii medicale între 100 și 130 de zile. Se mai evidențiază că 13,0% din bolnave au beneficiat de concediu medical între 141 și 150 de zile, iar 10,0% dintre ele au primit între 171 și 180 de zile.

Calculul mediei zilelor de concediu medical aprobate arată 131,3 zile/bolnavă, ceea ce reprezintă un indice de gravitate ridicat.

4. *Mediile zilelor de concediu medical diferențiate în funcție de grupele nosologice* sînt prezentate în tabelul nr. VII.

Acest tabel relevă că cea mai mare medie de zile de concediu medical este generată de „procesele tumorale maligne ale glandelor mamare“ cu 139,5 zile/bolnavă, urmate de „procesele tumorale maligne ale anexelor“ cu 135 zile/bolnavă. Pe locul trei se situează „patologia perinatală“ cu 133,5 zile/bolnavă. În medie, cele mai puține zile se acordă pentru bolnavele cu „metropatii funcționale“ — 113,7 zile/ bolnavă.

Corelația dintre vîrstă și grupa nosologică arată că patologia perinatală apare cu predominanță între 21 și 35 de ani, procesele inflamatorii sînt mai frecvente între 25 și 45 de ani, iar tumorile be-

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul nr. VII

Nr. crt.	Grupele nosologice	Media zilelor de conc. medic. (zile/bolnavă)	Ordinea ponderii
1	Patologia perinatală	133,5	(3)
2	Procese tumorale *benigne* ale colului uterin şi uterului	125,8	(5)
3	Procese tumorale *maligne* ale colului uterin şi uterului	133,2	(4)
4	Procese tumorale *benigne* ale anexelor	116,0	(7)
5	Procese tumorale *maligne* ale anexelor	135,0	(2)
6	Procese inflamatorii ale anexelor	124,6	(6)
7	Metropatii funcţionale şi hormonale cu anemii accentuate	113,7	(8)
8	Procese tumorale *maligne* ale glandelor mamare	139,5	(1)
	Total	131,3	—

nigne şi cu deosebire cele maligne apar cu predominanţă după vîrsta de 40 de ani, mai pregnant după 45 de ani. De aici necesitatea dispensarizării acestor grupe de vîrstă.

Tabelul nr. VIII

Nr. crt.	Grupa socioprofesională	Nr. cazuri		Ordinea ponderii
		Nr. abs.	%	
1	Membre C.A.P.	24	4,5	(5)
2	Muncitoare necalificate	258	48,0	(1)
3	Muncitoare calificate	115	21,4	(2)
4	Cadre cu calificare medie	85	15,8	(3)
5	Cadre cu calificare superioară	56	10,3	(4)
	Total	538	100,0	

Scanned with OKEN Scanner

Aceste date permit observația că bolnavele cu afecțiuni ale organelor genitale li se prelungește foarte mult concediul medical și li se efectuează o serie de proceduri recuperatorii, în speranța unei recuperări în timp util.

5. *Structura socioprofesională a bolnavelor* este figurată în tabelul nr. VIII.

Se observă o frecvență crescută a muncitoarelor, adică a acelor femei care efectuează activități cu eforturi energetice medii și mari, aceasta contribuind — alături de alți factori — la favorizarea patologiei genitale și în special perinatale, care în studiul nostru este dominantă.

II.3. Morbiditatea intraspitalicească

Aprofundînd studiul asupra incidenței morbidității ginecologice, am analizat morbiditatea intraspitalicească în cadrul Clinicii de obstetrică și ginecologie a Spitalului județean din Cluj-Napoca, în cursul anului 1978 (tabelul nr. IX).

Avînd în vedere că circa 2,5% din totalul bolnavelor consultate într-un ambulator de ginecologie și obstetrică necesită internarea într-un serviciu de specialitate (vezi cap. II.1) am încercat să stabilim o ierarhizare a afecțiunilor ginecologice care, neameliorate de tratamentul ambulator, sau depistate într-o fază tardivă, au fost îndrumate pentru internare în clinică. Contribuția pe care aceste internări o aduc la creșterea numărului zilelor de incapacitate temporară de muncă, precum și implicațiile acestor afecțiuni asupra confortului familial și socioprofesional al femeilor în cauză este evident. Dorim să menționăm din nou faptul că, patologia perinatală nu se încadrează în subiectul lucrării de față, datele asupra acestei categorii de afecțiuni fiind prezentate doar pentru a edifica, cititorul nespecialist, asupra direcției principale înspre care se îndreaptă în practică eforturile medicului obstetrician ginecolog în activitatea sa.

Analizînd desfășurarea sinoptică a morbidității intraspitalicești constatăm următoarele:

— *Tulburările ciclului menstrual* reprezintă prima cauză de internare într-un serviciu de specialitate. Desigur faptul ar putea pare curios unui specialist dar, cifrele statistice, coroborate cu eventuala facilitate de încadrare a unor metroragii cu substrat organic nedepistat, în categoria metroragiilor disfuncționale, explică locul fruntaș pe care aceste afecțiuni îl ocupă în studiul nostru. Repar-

Morbiditatea intraspitalicească

Tabelul nr. IX

Nr. crt.	Grupa nosologică	Număr cazuri	Urban	Rural	Grupa de vîrstă (ani)						Zile spitalizare	% zile spitalizare	Pondere zile spitalizare	Total internări 12 524	
					5—14	15—24	25—34	35—44	45—54	> 55				% cazuri	Pondere cazuri
1	Patologia pre-, intra şi postnatală (fără naşteri eutocice)	5 863	4 098	1 765	11	2 000	2 801	1 017	34	—	32 680	54,55	1	46,81	1
2	Tulburări ale ciclului menstrual	775	584	191	95	141	129	119	264	27	4 622	7,71	3	6,19	2
3	Tumori genitale benigne	569	394	175	—	67	139	173	169	21	8 885	13,66	2	4,54	3
4	Inflamaţii ale organelor genitale	418	319	99	—	119	171	79	39	10	3 985	6,65	4	3,34	4
5	Alte boli ale organelor genitale	364	269	95	—	99	129	82	42	12	2 890	4,82	6	2,91	5
6	Sterilitatea conjugală	342	252	90	—	73	228	41	—	—	3 792	6,33	5	2,73	6
7	Prolaps genital	210	134	76	—	31	59	56	37	27	2 568	4,29	7	1,68	7
8	Neoplasm genital	37	27	10	—	—	4	12	8	13	1 059	1,77	8	0,3	8
9	Tuberculoză genitală	10	8	2	—	—	3	3	2	2	129	0,22	9	0,08	9
Total ginecopate 2—9		2 725	1 987	738	95	531	862	564	561	112	59 910	45,45		21,77	
Total general 1—9		8 588	6 085	2 503	106	2 531	3 663	1 581	595	112	27 230	100		68,57	

Scanned with OKEN Scanner

tiția pe grupe de vîrstă este concordantă cu datele de fiziologie și fiziopatologie genitală, arătînd o incidență mai mare a metroragiilor disfuncționale în jurul vîrstei de 15 ani (la instalarea pubertății), precum și în jurul vîrstei de 40—45 ani, care coincide cu instalarea menopauzei.

— *Tumorile benigne ale organelor genitale* apar firesc pe locul al doilea în colectivitatea studiată. Observațiile menționate la acest punct reprezintă cazuri care, în pofida tratamentului ambulator, au necesitat internarea și rezolvarea prin manopere de mică sau mare chirurgie (puncție sau extirpare). Este de remarcat faptul că, datorită intervențiilor chirurgicale efectuate, bolnavele încadrate în această grupă nosologică se situează pe primul loc în ceea ce privește zilele de spitalizare, 13,66% din statistica prezentată.

— *Inflamațiile organelor genitale* apar în statistica noastră pe locul al patrulea, atît ca număr absolut de cazuri, cît și în ceea ce privește numărul zilelor de spitalizare. În această grupă se încadrează numai cazurile care, neameliorate de tratamentul ambulator, au necesitat explorări suplimentare, antibioterapie cu spectru larg sau intervenții chirurgicale, în condiții de supraveghere intraspitalicească.

— *Grupa „altor boli ale organelor genitale“* nu ne permite o discuție analitică, avînd în vedere heterogenitatea afecțiunilor pe care le înglobează. Este de menționat doar faptul că aceste afecțiuni reprezintă 2,91% din cazurile internate și acoperă 2 890 de zile de spitalizare.

— *Sterilitatea conjugală,* considerată de unii ca o entitate patologică ce nu grevează morbiditatea generală și redusă la o problemă a cuplurilor în cauză, se situează în statistica prezentată pe locul șase și duce la scoaterea din producție a femeilor, prin internare, timp de 3 792 de zile. Cifra relativ mare a observațiilor prezentate, se explică prin faptul că în clinica a cărei statistică o prezentăm funcționează o secție rezervată explorării și tratamentului cazurilor de sterilitate conjugală din întreg teritoriul arondat.

— *Prolapsul genital,* afecțiune atribuită, clasic, vîrstei a treia, reprezintă 1,68% din internările serviciului luat în studiu. Ni se pare interesant de semnalat că peste 50% din aceste bolnave se situează în limitele de vîrstă fertilă a femeii. Singura explicație logică a acestui „viraj spre stînga“ în cadrul acestei grupe nosologice este incidența mare a multiparității la femei sub 35 de ani, fapt ce antrenează aceste tulburări ale staticii pelviene.

— *Neoplasmul genital* apare cu o incidență foarte scăzută, 37 de cazuri din 12 542 internări (0,3%), deși constituie prima cauză de

Scanned with OKEN Scanner

invaliditate și mortalitate prin boli genitale (vezi. cap. II.4 și II.5). Lipsa cazurilor de neoplasm genital din cazuistica studiată este explicată de existența în Cluj-Napoca a Institutului de Oncologie care preia majoritatea covîrșitoare a acestei patologii.

— În sfîrșit, pe ultimul loc în statistica studiată, se situează 10 observații de tuberculoză genitală (0,08%), avînd o repartiție aproximativ egală pe grupe de vîrstă.

Analizînd global datele prezentate, observăm că afecțiunile ginecologice reprezintă 21,77% din totalul internărilor, respectiv 2 725 de cazuri provenite în marea lor majoritate din mediul urban. Ni se pare semnificativ faptul că aceste bolnave au beneficiat de 27 230 zile de internare, adică aproape jumătate din totalul zilelor de internare (reamintim faptul că nu sînt cuprinse aici zilele de internare pentru nașteri eutocice), fapt ce evidențiază gravitatea afecțiunilor. Corelînd numărul mare de zile de internare cu incidența afecțiunilor ginecologice în 72% din cazuri între limitele de vîrstă de 15—44 de ani care reprezintă perioada fertilă pe de o parte și de maxim randament profesional pe de altă parte, trebuie să accentuăm rolul negativ pe care aceste afecțiuni îl au în viața familială și în integrarea socioprofesională a femeii.

II.4. Invaliditatea prin bolile organelor genitale

Studiile noastre au cuprins două grupe de invalide:

A. *Prima grupă o constituie bolnavele care s-au găsit în evidența Oficiului județean de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă Cluj la data de 1 februarie 1979.* Pentru fiecare s-a alcătuit o fișă care a fost completată după documentele medicosociale existente în dosarul fiecărei bolnave în evidență la începutul anului 1979.

B. *A doua grupă a cuprins cazurile noi încadrate în invaliditate în cursul anului 1978.* Datele medicosociale care ne-au interesat au fost consemnate într-o fișă special întocmită cu ocazia primei expertizări.

A. Cazurile din evidența Oficiului județean de expertiză a capacității de muncă Cluj-Napoca

La data de 1 ianuarie 1979 se aflau în evidența Oficiului județean de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă Cluj-Napoca 224 femei încadrate în invaliditate pentru diferite afecțiuni ale organelor genitale, reprezentînd o proporție de 1,27% în invaliditatea generală. Dintre acestea studiul nostru a cuprins 156

Scanned with OKEN Scanner

de bolnave. S-au efectuat observaţii sub următoarele aspecte: vîrsta, grupa socioprofesională, vechimea bolii pînă la invalidare, vechimea în invaliditate şi dinamica invalidităţii.

a) *Repartizarea cazurilor pe grupe de vîrstă este redată în tabelul nr. X.*

Tabelul nr. X

Grupe de vîrstă (ani)	Număr cazuri	
	Nr. absolut	%
Sub 20	2	1,28
21—25	0	0
26—30	2	1,28
31—35	4	2,56
36—40	12	7,69
41—45	40	25,64
46—50	46	29,48
51—55	50	32,05
Total	156	100%

Din tabelul nr. X se vede — în concordanţă cu datele generale din literatură — că ponderea cea mai mare a invalidităţii prin boli genitale este dată de grupele de vîrstă de la 41 pînă la 55 de ani, care însumează 87% din întreaga invaliditate. Vîrsta medie a bolnavelor noastre este de 49 de ani şi 7 luni. Subliniem că vîrsta redată în tabel şi ca atare şi vîrsta medie este vîrsta actuală a bolnavelor, adică vîrsta împlinită în anul 1978 cînd s-a efectuat studiul nostru. În realitate vîrsta lor de invaliditate este mai mică în medie cu patru ani şi şapte luni, adică peste 45 de ani.

b) *Repartizarea cazurilor pe grupe socioprofesionale* este redată în tabelul nr. XI.

Din acest tabel rezultă că ponderea cea mai mare o au muncitoarele necalificate, urmate de cooperatoarele agricole, apoi de celelalte grupe de activitate, de unde deducem că la îmbolnăvirea şi la invalidarea lor concură şi factorii socioprofesionali, motiv pentru care s-a insistat asupra acestora în capitolul I al lucrării.

c) *Vechimea în muncă.* Cercetarea cazurilor noastre arată următoarele date: 7,7% au sub 5 ani activitate în sistem organizat, 23,0% au între 5 şi 10 ani activitate, 48,7% au între 11 şi 20 de

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul nr. XI

Grupa socioprofesională	Număr cazuri		Ordinea ponderii
	Nr. absolut	%	
Cooperatoare agricole	48	30,76	2
Muncitoare necalificate	56	35,89	1
Muncitoare calificate	26	16,69	3
Activitate de birou cu calificare medie	20	12,82	4
Cadre cu calificare superioară	6	3,84	5
Total	156	100	

ani, iar 20,5% au peste 20 ani de activitate (dintre acestea din urmă numai două bolnave au realizat 25 de ani de muncă).

Vechimea medie în activitate este de 13 ani şi două luni.

Din aceste date se vede că abia 20,5% din bolnavele noastre au realizat o vechime apropiată de vechimea integrală de muncă — 25 de ani — cerută de legislaţia în vigoare şi numai două bolnave au realizat vechimea integrală de 25 de ani.

Referindu-ne la vechimea medie de activitate realizată de bolnavele noastre de 13 ani şi două luni, deducem că această vechime abia depăşeşte cu opt luni jumătate din activitatea necesară femeilor. Pierderile economiei naţionale calculate ca urmare a ieşirii atît de timpurie din activitate, la care se adaugă cheltuielile care derivă din investigaţii şi terapie, sînt foarte mari şi asupra lor vom reveni ulterior.

d) *Grupele nosologice* sînt redate în tabelul nr. XII.

Din acest tabel se vede că tumorile maligne de col uterin, corp uterin, anexe, ocupă o proporţie de 61,53% din întreaga invaliditate genitală. Tumorile benigne (operate sau nu) ocupă 24,35% din invaliditatea genitală fiind vorba de tumori gigante care au determinat o invaliditate tranzitorie. Infecţiile genitale şi tuberculoza genitală ocupă un procent mic de cazuri care este în continuă scădere ca urmare a măsurilor profilactice, a stabilirii diagnosticului în timp util şi a introducerii precoce a tratamentului cu antibiotice.

e) *Bolile asociate*. Ca în întreaga patologie, dar cu deosebire în patologia organelor genitale feminine, se evidenţiază o serie de asociaţii etiopatogenetice sau întîmplătoare, care colorează şi amplifică

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul nr. XII

Grupa nosologică	Nr. cazuri		Ordinea ponderii
	Nr. absolut	%	
Tumori benigne de col şi uter	32	20,51	2
Tumori maligne de col şi uter	86	55,12	1
Tumori benigne ale anexelor şi ovarelor	6	3,84	5
Tumori maligne ale anexelor şi ovarelor	10	6,41	4
Infecţii anexiale	4	2,56	6
Tuberculoză genitală	6	3,84	5
Alte afecţiuni	12	7,69	3
Total	156	100	

tabloul clinic şi ca urmare îngreuiază diagnosticul şi recuperarea acestor bolnave. Cu totul excepţional sînt bolnave la care să nu se asocieze una sau mai multe boli. Numărul asociaţiilor creşte odată cu vîrsta bolnavelor. Cele mai frecvente asociaţii au fost următoarele: boală varicoasă şi complicaţiile sale distrofice, diferite forme de nevroze, obezitate, hipertensiune arterială, spondiloza, boala tromboembolică, diferite afecţiuni digestive etc. Asociaţiile bolii invalidante trebuie luate în considerare atît în evaluarea capacităţii de muncă, cît şi în stabilirea planului complex de recuperare.

f) *Vechimea bolii pînă la invalidare.* Din observaţiile cazurilor noastre reiese o vîrstă medie, de la debutul bolii pînă la constituirea stării de invaliditate, de doi ani şi opt luni, în care timp s-au încercat diferite proceduri terapeutice şi recuperatorii. Reiese de asemenea că acest interval este mai mare la persoanele în vîrstă de peste 35 de ani; dacă pînă la vîrsta de 30 de ani acest interval este de sub un an, între 31 şi 35 de ani este de un an şi trei luni; între 36 şi 40 de ani este trei ani şi şase luni, iar după această vîrstă este de aproape trei ani. Această observaţie se înţelege în lumina datelor statistice care arată că majoritatea afecţiunilor genitale invalidante sînt cancere şi că acestea evoluează cu atît mai re-

Scanned with OKEN Scanner

pede şi ca atare sînt cu atît mai invalidante cu cît survin la o vîrstă mai tînără.

g) *Gradele de invaliditate.* La bolnavele noastre structura gradelor de invaliditate este următoarea: 5,13% sînt încadrate în gr. I de invaliditate, adică nu au autoservirea; 73,07% sînt încadrate în gr. II de invaliditate, iar 21,80% în gradul III de invaliditate.

Bolnavele încadrate în gradul I de invaliditate şi-au pierdut autoservirea ca urmare a unor neoplasme în faza de caşexie sau prezintă metastaze în organele locomotorii.

Corelaţia structurii gradelor de invaliditate cu vîrsta arată, la bolnavele noastre, că afecţiunile cu invalidităţi mari se găsesc atît la vîrste mai avansate, cît şi la vîrstele tinere: toate bolnavele cu vîrsta sub 32 de ani sînt încadrate în gradul II de invaliditate ca urmare a cancerelor organelor genitale. Vîrsta tînără nu constituie un adăpost care să scutească de investigaţii pentru depistarea în timp util a cancerului organelor genitale.

h) *Vechimea în invaliditate.* La cazurile observate la oficiul nostru media duratei invalidităţii este de patru ani şi şapte luni. Ea creşte cu vîrsta pînă la 50 de ani (cînd a ajuns la un maximum de şase ani şi cinci luni) după care scade între 51 şi 55 de ani la patru ani şi patru luni.

Considerăm că atît media generală, cît şi mediile pe decade sînt mari. Trebuie să se tindă la o recuperare cît mai rapidă şi la reîncadrarea lor în muncă într-un timp cît mai scurt.

i) *Dinamica gradelor de invaliditate.* Scopul recuperării este — aşa cum s-a subliniat de mai multe ori în cuprinsul lucrării — reîncadrarea femeii în viaţa activă familială şi socioprofesională. Pentru acest scop nu trebuie să se precupeţească nici mijloace tehnice şi nici efort uman.

Din studiile noastre, efectuate asupra invalidelor în evidenţă, reiese însă că eficienţa activităţii de recuperare este încă redusă: 40% din bolnave rămîn aproximativ la o situaţie staţionară, 20% oscilează la o situaţie de ameliorare-agravare, 16% se agravează progresiv şi numai 24% au tendinţa de ameliorare.

Intensificarea măsurilor recuperatorii se impune ca o necesitate care nu mai trebuie neglijată.

B. Cazurile noi încadrate în invaliditate

Pentru a întregii studiile noastre s-a socotit util să facem observaţii şi asupra celor 30 de invalide noi încadrate în cursul anului 1978. Anual se încadrează în invaliditate, ca urmare a bolilor genitale, între 25 şi 30 de cazuri noi, reprezentînd 1,83% din totalul cazurilor noi.

Scanned with OKEN Scanner

S-a urmărit: vîrsta, profesia, grupa nosologică și gradele de invaliditate.

a) *Repartizarea cazurilor pe grupe de vîrstă* este prezentată în tabelul nr. XIII.

Tabelul nr. XIII

Grupa de vîrstă (ani)	Nr. cazuri	
	Nr. absolut	%
sub 20	—	—
21—25	1	3,3
26—30	2	6,7
31—35	3	10,0
36—40	2	6,7
41—45	9	30,0
46—50	8	26,7
51—55	5	16,7
Total	30	100

Din acest tabel se vede că vîrsta cea mai afectată este cea de după 40 de ani — care cuprinde 73,3% — din numărul total de invalide. Restul cazurilor sînt dispersate sub această vîrstă, chiar și în grupa de vîrstă 21—25 de ani, unde avem în evidență o bolnavă cu tuberculoză genitală.

Media vîrstei invalidelor nou încadrate este de 42 de ani și nouă luni, mai mică cu doi ani și trei luni decît media vîrstei celor vechi încadrate (45 de ani), deoarece prin decesul femeilor tinere cu procese maligne (la care cum se cunoaște evoluția este mai alertă) media de vîrstă globală crește ușor la invalidele care rămîn în evidența oficiului.

b) *Grupele socioprofesionale* sînt redate în tabelul nr. XIV.

Din acest tabel se poate observa că domină muncitoarele — în proporție de 26,7% — ce efectuează activități care nu solicită o calificare deosebită, în procent egal cu femeile ce efectuează activități de birou cu calificare medie, urmate de cooperatoarele agricole (23,3%).

c) *Grupele nosologice,* sînt redate în tabelul nr. XV. din care se vede că ponderea cea mai mare este dată de tumorile maligne ce cuprind împreună 77,7% din întreaga invaliditate.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul nr. XIV

Grupa socioprofesională	Nr. cazuri		Ordinea ponderii
	Nr. absolut	%	
Cooperatoarele agricole	7	23,3	3
Muncitoare necalificate	8	26,7	1
Muncitoare calificate	6	20,0	4
Activităţi de birou cu calificare medie	8	26,7	2
Cadre cu calificare superioară	1	3,3	5
Total	30	100	

Tabelul nr. XV

Grupa nosologică	Număr cazuri		Ordinea ponderii
	Nr. absolut	%	
Tuberculoză genitală	1	3,3	5
Tumori benigne col şi uter	4	13,3	2
Tumori maligne col şi uter	20	66,7	1
Tumori benigne anexe	2	6,7	4
Tumori maligne anexe	3	10,0	3
Total	30	100	

d) *Repartizarea pe grade de invaliditate* este redată în tabelul nr. XVI.

Tabelul nr. XVI

Grad invaliditate	Nr. absolut	%
I	2	6,7
II	23	76,7
III	5	16,6

Din acest tabel se vede că majoritatea bolnavelor sînt încadrate în gradul II de invaliditate (76,7%).

Scanned with OKEN Scanner

Cele două bolnave încadrate în gradul I de invaliditate prezintă cancere genitale în faza de caşexie şi cu metastaze osoase.

Comparînd datele statistice oferite de morbiditatea generală, morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă şi cu datele invalidităţii prin bolile genitale se evidenţiază o netă, dar firească deosebire care rezultă din faptul că cele mai frecvente îmbolnăviri care realizează cea mai mare parte din morbiditatea generală nu necesită concedii îndelungate şi cu atît mai mult nu pun probleme de invaliditate fiind primar recuperabile. În schimb tuberculoza genitală şi tumorile maligne dacă nu sînt diagnosticate şi tratate în timp util şi cu mijloace active ajung în interval scurt la invaliditate şi adesea la exitus.

Din aceste motive procedurile recuperatorii trebuie introduse în timp util şi conduse timp îndelungat pentru oricare din afecţiunile descrise; cele frecvente, dar relativ benigne, pentru a nu mări morbiditatea, iar cele cu potenţial invalidant pentru a nu ajunge în situaţia de invalid şi pentru a îndepărta cît mai mult posibilitatea exitusului.

Pierderile economice în cazul întîrzierii stabilirii diagnosticului corect şi a introducerii procedurilor recuperatorii şi cîştigul ce ar rezulta din recuperarea în timp cît mai scurt şi cît mai apropiat de situaţia *restitutio ad integrum* sînt lesne de înţeles.

O grije deosebită trebuie acordată patologiei perinatale care furnizează ponderea cea mai mare a morbidităţii cu incapacitate de muncă, atît în condiţii de ambulator, cît şi de staţionar.

II.5. Mortalitatea prin boli ale organelor genitale

Prima cauză de mortalitate prin afecţiuni ginecologice o constituie neoplasmele aparatului genital. Acestea sînt urmate de complicaţiile postoperatorii şi de infecţiile grave ale aparatului genital (22).

Cancerul genital ocupă primul loc în cadrul mortalităţii prin neoplazii la femeie. La noi în ţară frecvenţa sa era în 1971 de 22,2‰ (7), situîndu-ne pe primele locuri din lume în ce priveşte mortalitatea prin cancer genital. Locul 4 din 44 de ţări (anuarul O.M.S. 1970—1971).

Complicaţiile postoperatorii apar ca a doua cauză de deces prin afecţiuni genitale. Ele se datoresc mai multor situaţii:

— terenul debilitat, acolo unde este vorba de femei mai în vîrstă care, pe lîngă afecţiunea ginecologică, mai prezintă una sau mai multe organopatii (cardiace, renale, endocrine, metabolice etc.);

Scanned with OKEN Scanner

— stresul chirurgical în cazul intervențiilor laborioase și de durată foarte mare, cu cointeresarea organelor vecine;

— emboliile (mai ales pulmonare) postoperatorii, sînt responsabile de 2/3 din decesele postoperatorii.

Infecțiile anexelor pot duce la deces atunci cînd nedepistate la timp, sau netratate corect, se complică (piosalpinx, abcesul fundului de sac Douglas, pelviperitonită, peritonită generalizată, septicemie). Condițiile actuale de lucru ale chirurgului ginecolog (posibilități de reanimare și terapie intensivă), precum și gama largă de antibiotice elaborate de industria farmaceutică, au redus foarte mult prognosticul nefast al acestor afecțiuni.

II.6. Aspecte de economicitate

Aspectele economice pe care le implică morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă și invaliditatea prin boli ale organelor genitale sînt ușor de întrevăzut, iar în ultimii ani se pot chiar cuantifica precis cu ajutorul unor formule matematice care au fost verificate și acceptate de O.M.S.

Prezentăm una dintre aceste formule:
$P.ec. = Z\ [(G-R)+S+C]$ în care:
$P.ec.$ = pierderile economice;
G = zilele de muncă pierdute prin incapacitate temporară de muncă;
Z = producția globală efectuată de un om (cu un anumit profil și calificare în muncă);
R = retribuția muncii în medie pe zi a muncitorului (cu un anumit profil și calificare în muncă);
C = cheltuielile instituțiilor medicale, pe zi, pentru incapacitate temporară de muncă a unui muncitor.

Asistența ginecologică, pierderile economiei naționale ca urmare a inactivității acestor femei, costul societății pentru diagnosticul, tratamentul, înzestrarea tehnică cu utilaje medicale de profil ginecologic, este deosebit de costisitoare. Nu este mai puțin adevărat însă că odată creată baza materială modernă va avea ca efecte pozitive: reducerea sumelor necesare pentru diagnostic și tratament, creșterea eficienței activității medicale exprimată prin reducerea indicilor de durată medie, frecvență și gravitate, precum și scăderea invalidității. Cheltuielile pentru ocrotirea sănătății publice, oricît de mari ar fi, sînt însă în mod absolut eficiente așa după cum arată experiența (4).

Pierderile înregistrate de societate după încadrarea în invaliditate a unora din membrii săi sînt cu atît mai mari cu cît aceștia ies din activitate în perioadele cele mai productive, între 20 și 55 de

Scanned with OKEN Scanner

ani. În cazul ieșirii din activitatea profesională la vîrste tinere sub 30 de ani, sau relativ tinere sub 40 de ani, pierderile sociale sînt foarte mari, persoana respectivă neajungînd să-și plătească nici cheltuielile care s-au investit pentru formarea sa profesională, cu atît mai mult nu a reușit să-și aducă aportul la dezvoltarea societății care a format-o și în care trăiește. Autorii anglo-saxoni și francezi (20) au făcut numeroase calcule privitoare la pierderile sociale ca urmare a incapacității de muncă sau a deceselor, valabile mai ales pentru societatea de consum, dar care este bine să fie cunoscute și de noi.

În societatea socialistă problema se pune altfel și anume sub aspectul umanismului socialist care situează în centrul preocupărilor sale omul, buna lui stare materială și spirituală, năzuințele și aspirațiile sale. Privitor la nevoile sanitare, ele sînt vitale și deci prioritare; totodată sînt subiective și practic nelimitate (6). Societatea socialistă cere de la membrii ei să lucreze cît mai bine, fiecare acolo unde poate da cel mai bun randament și atîta cît poate. Totodată, societatea socialistă asigură membrilor ei întreaga protecție și condiții umane de viață atît în stare de sănătate, cît și în cazul reducerii sau pierderii capacității de muncă pe toată perioada cît ține incapacitatea.

Această largă concepție umanistă cere însă o îmbinare armonioasă cu economicitatea pentru că „deși sănătatea nu are preț", bugetul de asigurări sociale, cheltuielile pentru păstrarea sau recîștigarea sănătății sînt limitate (12). Să nu se uite că medicul este nu numai un gestionar al forțelor de prestație al oamenilor muncii, dar este în același timp și un gestionar al cheltuielilor sanitare (16),

Plecînd de la datele de morbiditate și mai ales de invaliditate prin boli ale organelor genitale în județul Cluj, pe care le-am analizat întotdeauna împreună (14), asupra cărora s-a insistat în lucrarea de față, se pune problema măsurilor de economicitate care se impun.

Orice fenomen patologic, dar mai ales unul de proporția celui care generează incapacitate de muncă și invaliditate suscită ideea profilaxiei, nu numai pentru că profilaxia este mai eficace decît asistența medicală și terapeutică, dar mai ales pentru faptul că ea costă mai puțin și corespunde unui concept umanitar de echitate și umanism socialist.

Prezentăm schițat măsurile ce trebuie luate pentru ca să prevenim fenomenul de invaliditate și să reducem morbiditatea cu incapacitatea temporară de muncă (3), (15), (21), (25):

— să facem medicină profilactică, acordînd prioritate profilaxiei primare;

Scanned with OKEN Scanner

— să promovăm concepțiile care privesc omul sub triplul său aspect biopsihosocial;
— să acționăm etiologic sau etiopatogenic;
— să evităm abuzul de medicamente;
— să evităm obezitatea;
— să acordăm prioritate terapiei naturale de reglare și adaptare;
— să acționăm continuativ în sens recuperator pînă la încadrarea sau reîncadrarea persoanei în activitate;
— să nu facem explorări inutile și costisitoare, ci să alegem pe cele eficiente și ieftine;
— să promovăm mișcarea sub toate aspectele ei;
— să optimizăm activitatea medicală prin înaltă pregătire profesională și prin găsirea și transpunerea în viață a soluțiilor celor mai eficiente, rapide și economice;
— să aplicăm în viață principiile ergonomice de muncă;
— să păstrăm nealterat mediul ambiental;
— să facem o temeinică și eficientă educație sanitară și de culturalizare a întregului popor (cu deosebire a tinerilor și femeilor);
— să insistăm asupra rolului sanogen al muncii, evitînd spitalizările și concediile medicale îndelungate;
— să respectăm legislația sanitară în vigoare;
— să nu uităm ceea ce spunea tovarășul Nicolae Ceaușescu, președintele țării noastre, la ședința de constituire a Consiliului Sanitar Superior, că *aprecierea noastră se va face „după gradul de sănătate a populației, după reducerea timpului pierdut de societate prin neprezentarea la lucru a unor cetățeni, datorită stării de sănătate“;*
— să restructurăm învățămîntul universitar și post-universitar în concordanță cu aceste deziderate.

Eficiența s-a impus ca adevărată măsură a oricărei activități, iar medicina nu face excepție de la această regulă. Nu se urmărește doar eficiența în sine independent de mijloacele folosite, ci se are în vedere în primul rînd omul sănătos sau bolnav, dar și societatea care suportă cheltuielile în acest sens.

Eficiență în medicină înseamnă a acționa cu înaltă competență, precoce (adică în timp util), cauzal, economic, în spiritul legilor în vigoare, continuativ, pînă la recuperarea deplină a cazului dat.

Ar trebui să existe o singură medicină, cea a medicilor eficienți, care în același timp sînt competenți și generoși (R. S. Mach, 1974). Dar competența nu vine de la sine. Ea cere omului, mai ales medicului, toată viața sa. „Medicul este student toată viața“ spunea Iuliu Hațieganu.

Scanned with OKEN Scanner

Cercetări relativ recente efectuate la Quebec (Canada) și la Lyon au arătat că informația medicală la zi determină aproape dublarea eficienței medicului pe linie de diagnostic și terapie. Aceasta cu atît mai mult, cu cît medicina este o știință în continuă remaniere și restructurare. Pe lîngă vechile și clasicile sarcini ale medicului, în ultimile decenii s-a mai adăugat cea din „gestionar al umanului". În această muncă, medicul nu este singur, dar el trebuie să se pregătească pentru aceasta mai precis (20).

Ignoranța medicului este o culpă, s-a stipulat la Congresul de morală din 1958. Bunătatea și mila nu compensează ignoranța (J. Bernard). Medicina este „știință și conștiință" spunea același autor. „Știința fără conștiință este ruina sufletului" a spus Rabelais.

Formarea medicală solicită, fără îndoială, prezența maestrului, dar adevăratul maestru al fiecăruia este el însuși.

Rezumînd putem spune că eficiența în medicină și bineînțeles și în ginecologie înseamnă competență, iar competența înseamnă muncă persistentă, instruire (cu maestru) și autoinstruire științifică, caracter și etică, la care se adaugă necesitatea cunoașterii și respectării legislației în vigoare (15)*.

Bibliografie selectivă

1. **Bolba Gh., Egri T., Bogdan Doina** — Clujul medical, 1977, 2, 137.
2. **Belitkaia E.** — Sov. Zdravoohranenia, 1962, 7, 11.
3. **Berlogea O.** — Locul și rolul asistenței medicale în dezvoltarea economico-socială a României socialiste, Comunicare la Simpozionul „Lupta progresistă și revoluționară a cadrelor medico-sanitare", 4.IV.1976, București.
4. **Brad V.** — Clujul medical, 1972, 1, 165.
5. **Comes V., Stamatiu C., Ivanciuc Emilia** — Clujul medical, 1973, 3, 613.
6. **Corci V., Huszar T.** — Viața medicală, 1976, 10, 313.
7. **Chiricuță I. și colab.** — Cancerul colului uterin, Edit. Dacia, Cluj, 1972.
8. **Deleanu M., Lenghel I., Moldovan N.** — Igiena, 1976, 2, 119.
9. **Dumitrașcu D.** — Condiția științifică a actului medical, Forum, 1973, 9, 243.
10. **Erkrath F. A.** — Zbl. f. Gynäk., 1966, 19, 607.
11. **Flora Ecaterina, Rozescu Florentina, Atanasiu Carmen** — A VI-a Sesiune a Centrului de medicină Sportivă, București, 1977.

* Pentru ajutorul acordat la culegerea și prelucrarea datelor prezentate în acest capitol, aducem mulțumirile noastre colectivului de la *Oficiul de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă Cluj:* dr. Aurelia Rend, dr. Lia Bohotici, dr. I. Știrbu, dr. Gr. Ionescu, dr. I. Rodeanu, dr. V. Negrea, dr. E. Popa, sociologului Gheorghe Kun și tehnicienilor sociali Elisabeta Stoia, Maria Hollók și Victoria Gal.

Scanned with OKEN Scanner

12. **Guéniot M.** — L'enseignement de l'économie médicale. Médecine de France, 1973, 243.
13. **Kópich Ana, Mihăilă I., Strejan H.** — Igiena, 1957, 4, 345.
14. **Marin Fl., Bradu V.** — Igiena, 1965, 4, 229.
15. **Marin Fl.** — Expertiza medicală a capacităţii de muncă şi implicaţiile ei economice, I.M.F. Cluj-Napoca, 1979.
16. **Marin Fl.** — Memento de practică medicală, Direcţia Sanitară Cluj, 1974.
17. **Möbius W.** — Arch. für. physik. Ther., 1957, 2, 110.
18. **Möbius W.** — Zbl. f. Gynäk., 1966, 48, 1633.
19. **Ovcearov K. V.** — Sov. Zdravoohranenia, 1961, 9, 62.
20. **Pelicier Y., Mouchez, Ph.** — Abrége de sociologie et économie médicales, Edit. Masson, Paris, 1973.
21. **Rădulescu D.** — Clujul medical, 1977, 2, 211.
22. **Schultz W.** — Dtsch. med. Wschr., 1962, 31, 1 563.
23. **Segi M.** — Cancer Mortality for Selected, Sites în 24. Countries, nr. 45, 1964—1965 — Sendai, Japan, Tohoku, University School of Medicine 1969.
24. **Skolnikova B. L.** — Zdravoohranenie Rossükoi Federaţii, 1962, 3, 26.
25. **Voiculescu M.** — Viaţa medicală, 1976, 10, 289.
26. O.M.S. — Les examens de santé de masse, Cahiers de Sante Publique, Genève, 1978, 45.
27. * * * — Statistiques de morbidité. Douzième rapport du Comite O.M.S. d'experts des Statistiques sanitaires. Rapp. techn., 1968, 389.

Scanned with OKEN Scanner

III. Partea specială

(D. Vinți, Fl. Marin)

III.1. Premisele recuperării capacității de muncă la bolnavele cu afecțiuni genitale

În partea generală a lucrării s-a arătat că, în raport de etapa în care se acționează și de obiectivul urmărit, activitatea de recuperare a capacității de muncă se poate ierarhiza în trei etape:

Recuperarea primară ce cuprinde acțiuni care se adresează factorilor sau bolilor ce pot determina deficiențe morfo-funcționale cu caracter invalidant, împiedicînd sau limitînd desfășurarea acțiunii nocive a acestora.

Recuperarea secundară care se adresează deficiențelor morfofuncționale deja invalidante, dar într-o fază reversibilă a acestora.

Recuperarea terțiară se adresează handicapatelor cu afecțiuni invalidante ireversibile sau parțial reversibile.

Indiferent de etapa de recuperare în care se acționează: primară, secundară sau terțiară, un rol important în reușita acestei activități îl joacă combaterea factorilor de risc de îmbolnăvire a organelor genitale, a cronicizării bolilor acute, atunci cînd acestea s-au produs și împiedicarea decompensării morfofuncționale a organului atunci cînd acesta este afectat de boală.

Profilaxia, în condiția ei actuală, vizează combaterea instalării sau a acționării factorilor de risc de îmbolnăvire. Se urmărește deci menținerea stării de sănătate printr-o serie de măsuri medicale și

socioprofesionale. Se știe că situația femeii pe parcursul a multor secole a fost deosebit de grea și uneori nu a reprezentat decît o adevărată sclavie. De-abia în epoca noastră femeia a fost scoasă definitiv din condiția și mentalitatea societăților primitive, rolul ei devine din ce în ce mai complex; ea este astăzi încadrată în muncă, gospodină, mamă și educatoare a urmașilor. În consecință femeile sînt foarte solicitate în societatea actuală. Eforturile lor în producție, la care se adaugă obligațiile de mamă și soție, pot influența nefavorabil organismul viitoarei gravide și al fătului în dezvoltare, dacă gestația are loc în condiții de suprasolicitare fizică și nervoasă (64).

Astfel, în cazul organelor genitale dispunem de un larg cîmp de acțiune pentru promovarea și menținerea stării de sănătate a femeii, precum și pentru recuperarea sa atunci cînd a survenit îmbolnăvirea.

Acești factori, înglobați sub termenul generic de „factori sanogeni" sînt de ordin biologic (medical) și socio-profesional.

Factorii socioprofesionali sanogeni au fost descriși în partea generală a lucrării așa încît nu mai revenim asupra lor acum.

În cele ce urmează insistăm asupra următorilor factori medicali care realizați în forma în care îi prezentăm vor concura la menținerea stării de sănătate generală și genitală a femeii și la deplina sa realizare ca femeie muncitoare, soție și mamă.

III.1.1. Sfatul genetic

Bolile ereditare constituie, și se pare că vor constitui, una dintre problemele majore ale medicinii. Actualmente în unele țări, 30% din paturile de spital sînt ocupate de bolnavi cu tulburări genetice (32). Asistăm astăzi la o adevărată „inflație" de tulburări ereditare diagnosticate în practica medicală, ca urmare a perfecționării tehnicilor de cercetare și a aprofundării preocupărilor clinice în acest sens.

În etapa actuală cînd ingineria genetică, această „aventură a geneticii", nu are încă un statut bine delimitat, singura posibilitate de a reduce numărul bolilor ereditare este limitarea răspîndirii mutațiilor (31); ea presupune descoperirea purtătorilor și sfătuirea lor de a-și reduce și uneori anula numărul de urmași.

Noțiunea de „sfat genetic" s-a impus în medicina noastră relativ recent și în consecință răspîndirea și înțelegerea ei de marea masă a populației este foarte redusă. În valoare absolută sfatul genetic ar trebui să cuprindă răspunsul dat de către o echipă de medici și biologi la întrebarea unui cuplu din care s-a născut un copil malformat,

Scanned with OKEN Scanner

dacă există sau nu și în ce procent posibilitatea ca această malformație să se repete la o viitoare sarcină. Desigur respectarea riguroasă a acestui sfat, ar avea drept consecință o reducere netă a incidenței malformațiilor congenitale. Din păcate, însă, în luarea deciziei de limitare a reproducerii de către un cuplu care a generat un copil malformat, sfatul genetic are o preponderență inferioară față de aspectele subiective și în consecință este respectat într-o proporție mică a cazurilor sau, de cele mai multe ori, nici nu este solicitat. Desigur, în contextul preocupărilor tot mai extinse pentru ocrotirea mamei și copilului și pentru o politică demografică sănătoasă din țara noastră, este de așteptat ca sfatul genetic să devină dintr-o noțiune relativ puțin cunoscută și solicitată, un mijloc eficace de limitare a unei categorii importante a riscurilor reproducerii.

III.1.2. Consultația de ginecologie infantilă

Presupune supravegherea fetiței în dezvoltare și cu participarea ginecologului, pentru sesizarea și corectarea tulburărilor morfologice de dezvoltare și favorizarea conturării unor corelații nervoase și umorale peripuberale optime.

Această preocupare, lansată de Jaille în 1930, a căpătat conținut și forme organizatorice după organizarea de către R. Peter (Praga, 1940) a primului serviciu de ginecologie infantilă. Preocuparea a convins repede, astfel că după 1950 s-au dezvoltat rețele de ginecologie infantilă în majoritatea țărilor, cu scopul ca, pe lîngă generalizarea măsurilor de igienă adecvate diferitelor vîrste, să contribuie la diagnosticarea și tratamentul cît mai precoce a diferitelor afecțiuni care pot interveni la vîrstele foarte tinere (61), (62), (63), (71).

Măsurile de igienă și profilaxie sînt diferite, adaptate fiecărei vîrste, pentru a asigura o dezvoltare morfologică optimă, avînd în vedere că organele genitale ale fetiței cresc proporțional cu celelalte viscere ale organismului.

a) *Igiena fetiței nou-născute* va avea în vedere profilaxia gonocociei și a infecțiilor în general (oculare sau vaginale), care se face de rutină în maternități. Cu toată profilaxia, gonoreea nou-născutului poate apare uneori și atunci trebuie tratată corect și complet cu antibiotice. Apariția unei „crize genitale" a nou-născutului (congestie mamară și o mică scurgere sero-sanguinolentă din vagin), poate să alarmeze mama, dar aceasta trebuie liniștită prin explicarea fenomenului (impregnare estrogenică cu hormoni materni) și a măsurilor de igienă locale necesare.

Scanned with OKEN Scanner

b) *Perioada 1—3 ani* este *perioada de sugar* în care trebuie încurajată în primul rînd alimentația naturală la sîn, cel puțin șase luni. Trebuie ca medicul să fie convins și să convingă mamele că aceasta este cea mai rațională și completă alimentație. Tot în această perioadă, o atenție deosebită trebuie acordată profilaxiei rahitismului care poate avea repercusiuni asupra dezvoltării scheletului în general, dar și asupra organelor genitale, favorizînd infantilismul.

c) *Perioada 3—7 ani este perioada de preșcolar* caracterizată printr-o creștere intensă. În această perioadă măsurile de igienă recomandate constau dintr-o alimentație completă și somn 12+2 ore pe zi. Dintre inflamații, în această perioadă pot apare vulvite sau uretrite, avînd ca agenți etiologici germeni banali sau floră microbiană din rect sau introitul vulvar. Trebuie menționat că introidul vulvar este populat cu toți germenii din rect. Dintre parazitoze, oxiuroza este foarte frecventă și pe lîngă manifestările anale, poate produce și vulvo-vaginită.

Igiena locală, îmbrăcămintea adecvată sezonului, mișcarea în aer liber, jocul, expunerea la soare, trebuie încurajate.

Încă din această perioadă pot apare fenomene de masturbare și, din curiozitate, introducerea de corpi străini în vágin.

d) *Perioada 7—14 ani* este *perioada de școlar* în care fetița, trăind mai mult în colectivitate, este expusă mai ales bolilor infecțioase ale copilăriei dintre care unele pot avea repercusiuni și asupra organelor genitale în dezvoltarea lor ulterioară. În această perioadă domină procesele de creștere pronunțată peripuberală, se produc modificări somatice, apar caracterele sexuale secundare. Dintre afecțiunile generale trebuie avute în vedere deformările de coloană, rahitismul tardiv, reumatismul poliarticular acut cu cardită sau nefrită. Trebuie evitată oboseala și surmenajul și favorizat sportul (dar nu de performanță) și exercițiile fizice. Este necesară o alimentație completă, dar fără excitante (cafea, alcool).

Spre sfîrșitul acestei etape de vîrstă, pe măsură ce caracterele sexuale secundare se conturează, fetița va trebui pregătită psihic pentru prima menstruație (menarha) să nu o surprindă în necunoștință de cauză, deoarece persoanele cu o educație psihică mai labilă se pot decompensa sub influența stresului. O deosebită atenție trebuie acordată măsurilor de igienă a menstruației.

Odată cu dezvoltarea caracterelor sexuale și cu apariția primei menstruații, asistăm în această perioadă la trezirea instinctului sexual, la început ca un erotism vag fără conturare precisă și nelegat de corporal, iar mai apoi odată cu nubilitatea, în faza diferențiată, erotismul este legat de dorința de posesiune, dar nu de la început

Scanned with OKEN Scanner

sexuală. Această fază de erotism „platonic" trebuie prelungită cît mai mult pentru a evita o sexualitate precoce cu toate riscurile sale, inclusiv sarcina. În acest sens un rol deosebit revine părinților și pedagogilor care trebuie să ferească tînăra fată de prieteni, lecturi și filme nepotrivite, canalizîndu-i activitatea în alte direcții.

În cadrul consultațiilor de ginecologie infantilă, un obiectiv important este corectarea tulburărilor peripuberale și există argumente convingătoare că, sesizate și tratate la timp, acestea pot fi vindecate, fetița avînd astfel mai puține riscuri ulterioare, în perioada de activitate genitală.

Morbiditatea inflamatorie la fetița în dezvoltare este relativ benignă și interesează segmentele joase ale căilor genitale, vulva, vaginul și asociat căile urinare. Nedepistate la timp și netratate corect, aceste inflamații pot avea consecințe îndepărtate nefaste.

Morbiditatea funcțională peripuberală este complexă și trebuie interpretată și tratată de un ginecolog cu bogate cunoștințe de endocrinologie a acestei vîrste.

Morbiditatea tumorală este reprezentată de unele chisturi ovariene seroase care, atunci cînd ating dimensiuni mari, trebuie operate cu păstrarea funcționalității, pe cît posibil. Există și o oarecare incidență a tumorilor maligne la această vîrstă. Ele au o evoluție extrem de gravă, cele cu malignitatea cea mai severă fiind tumorile botrioide.

Sintetizînd cele expuse, rezultă că, în cadrul consultațiilor de ginecologie infantilă, trebuie urmărită și ușurată o dezvoltare psihosomatică armonioasă, precum și conturarea corelațiilor hormonale firești, ținînd cont de faptul că fetița de astăzi este femeia de mîine care trebuie să se reproducă în momentul și condițiile cele mai favorabile.

III.1.3. Consultația prenupțială

Constituie un complex de măsuri care, în final trebuie să contribuie la o igienizare a reproducerii. Această consultație ne oferă posibilitatea efectuării unui complex de investigații și examinări care au ca scop aprecierea următorilor parametrii (61):

— *Determinarea și verificarea stării de sănătate a viitorului cuplu, respectiv investigarea fondului biologic.* În acest cadru trebuie apreciată semnificația antecedentelor eredocolaterale și personale patologice, a dezvoltării morfologice generale și genitale. Coroborarea datelor obținute în aceste direcții permite evaluarea potențialului biologic al cuplului, respectiv aprecierea șanselor pe care partenerii le au de a procrea descendenți sănătoși.

Scanned with OKEN Scanner

— *Cercetarea cadrului social în care se începe viața de familie.* Parametrii mai importanți care interesează sînt: mediul de proveniență, școlarizarea, profesiunea, locul de muncă și condițiile de muncă, retribuția, spațiul locativ disponibil. Nu trebuie uitat faptul că o serie de condiții de mediu fizic, social și economic, suprapuse pe un fond biologic alterat, pot realiza un teren matern nefavorabil dezvoltării unui făt eutrofic.

— *Aprecierea fondului psiho-afectiv al premaritalilor privind întemeierea familiei, sexualitatea și atitudinea față de reproducere.* Consultația premaritală reprezintă astfel o continuare firească a consultațiilor de ginecologie infantilă, un prilej de bilanț care poate evita o serie de fenomene care influențează negativ reproducerea (disadaptare sexuală, tulburări funcționale genitale, sterilitate, avorturi, probleme sociale, psihoafective, copii nedoriți, planificare familială). Rezolvarea acestor situații limitează astfel riscurile reproducerii. Se cunoaște că cea mai economică profilaxie în patologia genitală este profilaxia riscurilor reproducerii deoarece rebuturile reproducerii creează dificultăți familiilor și produc dezechilibre demografice semnificative.

III.1.4. Consultația clinică periodică

În etapa actuală de dezvoltare a societății în general și, în acest context, al asistenței medicale, conceptul de medicină profilactică enunțat și pus în aplicare de multă vreme de către personalul specializat, a încetat de a mai fi o obligație a corpului medical sau a personalului auxiliar și a devenit o necesitate absolută pentru întreaga masă a cetățenilor, în măsura în care educația sanitară a pătruns în masele largi și are ca efect imediat legiferarea nescrisă a principiului că „este mai ușor a preveni decît a trata". Consultațiile clinice periodice de ginecologie se înscriu astfel în coordonatele politicii sanitare moderne ale statului nostru. A preveni boala, a consulta periodic medicul specialist, uneori chiar inutil (de ce să nu o spunem!), presupune a avea o cultură sanitară ridicată, apanaj al omului nou multilateral dezvoltat. Se presupune în zilele noastre că fiecare femeie, indiferent dacă prezintă sau nu acuze genitale, consultă cel puțin odată pe an un ginecolog, care este în măsură să aprecieze dacă există sau nu situații patologice sau riscul acestora (20).

Organizarea de consultații periodice în întreprinderi și instituții, vine în întîmpinarea acestui deziderat firesc al fiecărei femei „mo-

Scanned with OKEN Scanner

derne", contribuind la reducerea deplasărilor și a timpului de scoatere din producție a acesteia.

Scopul principal al consultațiilor periodice organizate pentru populația feminină este depistarea oricăror modificări patologice existente sau apărute de la ultima consultație și tratamentul lor corect și complet, avînd în vedere conservarea unei funcții genitale și de reproducere intactă. Aceste consultații sînt efectuate de către medicul specialist ginecolog și presupun un examen atent al organelor genitale externe, examenul vaginului și colului cu valvele și un tușeu vaginal. Aceste manopere pot evidenția anumite modificări patologice (situație în care se va prescrie imediat tratamentul cel mai adecvat), sau pot considera sfera genitală „liberă macroscopic". Examenul periodic este completat întotdeauna cu efectuarea unui frotiu pe lamă, pentru examenul citotumoral. Rezultatul acestui examen paraclinic va fi urmărit întotdeauna, chiar în lipsa unui tablou clinic patologic. El va obiectiviza fie o infestație parazitară (frotiu tip II cu trichomonas sau micoză), fie un element de suspiciune al unei leziuni maligne (frotiu de tip III după Babeș-Papanicolau). Cazurile suspecte citologic vor fi îndrumate într-un serviciu specializat de ginecologie, unde se vor face explorări suplimentare, dintre care colposcopia este cea mai importantă. Colposcopia, examinare benignă care nu produce nici un disconfort bolnavei, permite o triere suplimentară și menținerea în observație numai a cazurilor într-adevăr suspecte, excluzînd leziunile colului uterin fără potențial malign care vor fi îndreptate către un cabinet de specialitate în vederea rezolvării. Colposcopia, executată în asemenea condiții de precocitate, permite de asemenea prelevarea unei biopsii din „zona suspectă", biopsie care fie arată o leziune benignă, fie confirmă un cancer incipient în stadiul 0 sau I ce beneficiază integral de tratamentul curativ (56).

Efectuarea corectă și completă a consultațiilor periodice permite în ultimă instanță, pe lîngă interceptarea și tratarea afecțiunilor benigne intercurente din sfera genitală, depistarea a peste 50% din cancerele de col în stadiul preinvaziv, tratarea lor completă fără a influența funcția genitală și fertilă a femeii.

III.1.5. Consultația prenatală

Este bine cunoscut că, în timpul sarcinii, organismul femeii este pus în situația de a face față unor modificări de ordin anatomic, metabolic, enzimatic și în general modificări funcționale, care cuprind majoritatea sistemelor și organelor și s-ar putea spune că nu există

Scanned with OKEN Scanner

nici o celulă care să nu participe în mod activ la dezvoltarea sarcinii. Pentru ca sarcina să evolueze în mod fiziologic, trebuie ca între organismul matern și produsul de concepție să existe o armonie care poate fi finalizată numai dacă organismul matern este perfect sănătos și produsul de concepție nu a înmagazinat stigmatele unor tare genetice care i-ar putea împiedica dezvoltarea normală. Pentru a menține în simbioză această unitate funcțională gravidă — produs de concepție este necesară o atentă supraveghere a gravidei pe întreaga perioadă a sarcinii. În această activitate de mare răspundere sînt antrenați, și trebuie implicați din ce în ce mai mult, medicii de medicină generală, specialiștii obstetricieni-ginecologi și un număr de alți specialiști.

Problema asistenței femeii gravide este o problemă de importanță medicosocială deosebită, ea are un caracter profund uman, caracteristic societății noastre, avînd ca obiectiv ocrotirea a două ființe: mama și viitorul copil (64).

Conținutul asistenței prenatale este codificat în țara noastră, atît în ce privește sarcinile medicilor de la diferite eșaloane și a personalului mediu, cît și în ceea ce privește încadrarea gravidelor în grupa „gravidelor cu risc" în instrucțiunile Institutului pentru Ocrotirea Mamei și Copilului (I.O.M.C.) din 1974 (28).

Conținutul consultațiilor prenatale, activitate deosebit de complexă, așa cum s-a arătat, poate fi rezumat în următoarele linii directoare:

— *Depistarea cît mai precoce a gravidelor.* În măsura posibilităților și a gradului de culturalizare sanitară, în primele trei luni de sarcină. În acest sens este de o foarte mare importanță depistarea activă a gravidelor.

— *Examenul clinic general, complet și competent* care să precizeze fondul biologic, starea de sănătate a diferitelor aparate și sisteme a viitoarelor mame.

— *Examenul ginecologic-obstetrical* care să precizeze sarcina și eventualele modificări în morfologia genitală care ar putea influența negativ dezvoltarea produsului de concepție.

Efectuarea precoce, completă și competentă a acestor examinări permite clasificarea gravidelor în funcție de prognosticul pe care echipa de medici consultanți îl prevede pentru decursul sarcinii și al nașterii. Vor fi astfel izolate „gravidele cu risc" care trebuie să beneficieze de o asistență generală și de specialitate mai atentă, prin internări în servicii de specialitate, acordarea de concedii medicale prelungite, schimbarea locului de muncă sau reducerea programului de activitate.

Scanned with OKEN Scanner

Odată luată în evidență, gravida va fi examinată lunar în primele șapte luni de sarcină, apoi tot la două săptămîni în ultimul trimestru. Consultațiile de ambulator vor fi alternate cu vizitele la domiciliu efectuate de către cadrele medii. Aceste vizite permit, pe lîngă examinarea gravidei, aprecierea fondului biopsihosocial al cuplului care uneori poate greva în mod serios gestația și nașterea.

Realizarea deplină a sarcinilor care revin fiecărui eșalon medical în cadrul consultației prenatale, conjugată cu creșterea nivelului de culturalizare sanitară și în speță genitală a populației permite scăderea riscurilor reproducerii contribuie la creșterea natalității și în același timp contribuie hotărîtor la prevenirea unor afecțiuni genitale care mai aproape sau mai departe de actul nașterii grevează încă reprezentativ morbiditatea și mortalitatea feminină din țara noastră, așa cum s-a arătat în capitolul al II-lea al lucrării.

III.2. Recuperarea femeilor cu afecțiuni maligne ale organelor genitale

Invaliditatea prin afecțiuni maligne ale organelor genitale feminine reprezintă, după observațiile noastre (vezi capitolul al II-lea) prima cauză de invaliditate prin boli genitale, o proporție de peste 60% din invaliditatea ce survine ca urmare a bolilor organelor genitale la femei. Vîrsta medie a femeilor cu tumori maligne este în jur de 35—40 de ani, dar apariția neoplasmelor la vîrste tinere și foarte tinere, nu mai este o excepție, fapt îngrijorător.

Morbiditatea cu incapacitate temporară de muncă prin afecțiuni maligne apare procentual relativ mică, deoarece 63,6% din numărul de zile de incapacitate de muncă peste 90 de zile sînt acordate femeilor cu patologie perinatală, bolilor maligne revenindu-le doar 5,2% din numărul total de zile acordate.

Localizarea neoplaziei în sfera genitală feminină reprezintă în țara noastră aproximativ 12—14% din totalul tumorilor maligne (39).

Clasificarea stadială și pe baza sistemului T.N.M. a tumorilor maligne, necesară pentru evaluarea capacității de muncă și alcătuirea planului de recuperare

În stadiul clinic 0 și I la majoritatea localizărilor găsim tumori limitate ca extindere și cu absența adenopatiilor și metastazelor. În acest stadiu este posibil un tratament radical, prognosticul bolii

Scanned with OKEN Scanner

fiind în general bun. Perioada de tratament nu depășește în general șase luni, timp în care se pot acorda concedii medicale. După aplicarea tratamentului majoritatea pacientelor se pot vindeca clinic și își pot relua activitatea profesională în vechiul loc de muncă sau într-unul compatibil cu posibilitățile lor de prestație.

În stadiul al II-lea, leziunile sînt mai întinse, interesînd mai multe subdiviziuni anatomice și uneori leziunea este însoțită de adenopatie regională mobilă. În acest stadiu, se poate de asemenea aplica un tratament medical cu rezultate bune, astfel că o mare parte dintre bolnave își pot relua activitatea profesională și numai o parte din ele pun probleme de pensionare de invaliditate și de recuperare socioprofesională (îndrumare sau reorientare profesională).

În stadiul al III-lea, leziunile interesează de cele mai multe ori și planurile anatomice vecine, iar adenopatia este mai extinsă. În acest stadiu se poate aplica uneori tratament radical operator, care însă de cele mai multe ori lasă sechele funcționale importante; din această cauză mare parte din aceste bolnave au capacitatea de muncă pierdută. Numai în rare cazuri la care rezultatele sînt favorabile ca urmare a tratamentului, bolnavele au o capacitate de muncă redusă și pot presta activități ce solicită eforturi energetice mici în condiții de confort.

În acest stadiu există însă și bolnavele la care din cauza localizării tumorii, a stării generale alterate sau a altor contraindicații se poate aplica numai un tratament paleativ sau simptomatic, bolnavele respective avînd un prognostic întunecat și capacitatea de muncă pierdută.

În stadiul al IV-lea se încadrează bolnavele cu tumori care au invadat organele vecine sau cu tumori însoțite de metastaze. Aceste bolnave necesită tratament de durată și au capacitatea de muncă pierdută.

Neoplaziile maligne se clasifică și pe baza sistemului T.N.M. elaborat în cadrul Uniunii Internaționale contra Cancerului (U.I.C.C.) și recunoscute de Organizația Mondială a sănătății.

Pentru stabilirea diagnosticului clinic și al stadiului neoplaziilor, Comitetul Internațional folosește drept criterii trei dintre elementele clinice cele mai expresive și mai ușor de apreciat obiectiv și anume:

a) *tumora primară*, notată prin litera *T*;

b) *adenopatia regională*, notată prin litera *N* (din engleză: node = ganglion);

c) *metastazele la distanță*, notată cu litera *M*.

Scanned with OKEN Scanner

După definițiile propuse de O.M.S. se pot distinge următoarele trepte de evoluție ale tumorii:

T_1 — tumoră strict limitată la organul de orgine și de volum relativ mic;
T_2 — tumoră limitată la organul de origine, dar de volum relativ mare sau cu extensie mică, dincolo de organul de origine;
T_3 — tumoră cu largă infiltrare, atingînd organele vecine;
T_4 — tumoră invadînd considerabil țesuturile adiacente și care a atins organele vecine.

În cazuri speciale, la care, cu toate investigațiile făcute, nu s-au putut pune în evidență localizarea tumorii primitive, se poate folosi categoria T_0.

Pentru determinarea gradului de invadare ganglionară, test important al extensiei regionale a tumorii, se stabilesc de asemenea trepte progresive indicate prin cifre puse alături de simbolul *N*.

N_0 — fără adenopatie regională;
N_1 — adenopatie regională palpabilă și mobilă omolaterală;
N_2 — adenopatie regională palpabilă, omolaterală, conglomerat ganglionar aderent la țesutul învecinat sau interganglionar;
N_3 — adenopatie regională fixată;
N_x — adenopatie regională neaccesibilă și nevizibilă.

Metastazele cuprind toate diseminările neoplazice produse la distanță de organul sau regiunea interesată sau dincolo de grupele ganglionare respective, fiind indicate prin simbolul *M* atunci cînd sînt prezente, sau prin M_0 atunci cînd metastazele sînt absente.

Operația de clasificare stadială comportă stabilirea, în cazul fiecărei localizări, a diferitelor trepte prin criteriile T.N.M. separat unul de altul, stadiul clinic rezultînd din combinarea judicioasă a acestor criterii diferite. Astfel de pildă tumora de tip T_1 nu corespunde în mod obligatoriu numai stadiului I, după cum adenopatia de tip *N*, practic nu va fi întîlnită niciodată în primul stadiu de evoluție clinică.

III.2.1. Tumorile maligne vulvare

Sînt reprezentate prin: *epiteliom*, cu punct de plecare din epiteliile de înveliș existente în piele, mucoase și glandele vulvare, și *sarcom*, cu punct de plecare în țesutul conjunctiv vulvar.

Epiteliomul vulvar este o afecțiune rară (2—3%), care apare la femei în jurul vîrstei de 60 de ani. Se consideră ca factori favorizanți: vîrsta (postmenopauză) și diskeratozele benigne locale. Astfel, procesul tumoral se dezvoltă cu predilecție pe un teren favorizant

de leziuni preexistente (iritate şi neglijate), cu evoluţie cronică: vulvita cronică, kraurosis, leucoplazie, boală Paget, boala Bowen. Aceste leziuni sînt asociate cu prurit vulvar, distrugerea elementelor elastice şi infiltrarea ţesutului conjunctiv subepitelial.

Anatomopatologic, poate interesa toate elementele vulvei, avînd o structură histologică spinocelulară, cu evoluţie foarte malignă, sau bazocelulară, cu prognostic ceva mai bun.

Diagnosticul constă din examenul clinic, anamneză, inspecţie, palparea leziunii şi a ganglionilor inghinali. Dintre metodele paraclinice, citodiagnosticul are un randament scăzut faţă de biopsie, care este obligatorie în toate cazurile. Ne orientăm după aspectul leziunii dezvoltarea lentă, evoluţia cronică, prurit şi induraţia ţesuturilor.

Formele clinice:

a) *Cancerul vulvar intraepitelial* („in situ") este forma neinvazivă, săracă în fenomene clinice. Pielea apare normală sau decolorată, albicioasă, asociată uneori cu prurit şi reducerea elasticităţii ţesuturilor. Acest stadiu preclinic poate fi diagnosticat numai prin examen bioptic.

b) *Forma ulceroasă,* mai frecventă la nivelul labiilor mici şi clitorisului, apare sub aspectul unui nodul indurat; procesul se extinde în suprafaţă sub forma unor muguri cărnoşi, care cu timpul se exulcerează.

c) *Forma verucoasă* are o dezvoltare predominant exofitică.

d) *Forma schiroasă* are aspect infiltrativ, dur.

Evoluţie. Extinderea procesului tumoral este rapidă, datorită reţelei limfatice bogate. Primii ganglioni invadaţi sînt cei inghinali, urmaţi de iliaci şi hipogastrici. După gradul de invazie există patru stadii clinice, din care primele două interesează strict vulva (11).

Diagnosticul diferenţial în stadiul iniţial se face cu ulcerul vulvar acut, sifilisul, tuberculoza, papilomul. Diagnosticul de certitudine se bazează pe examenul histopatologic.

Evaluarea capacităţii de muncă

În *stadiul I,* cancerul vulvei tratat prin radioterapie şi eventual tratament chirurgical are un prognostic bun şi pacienta îşi poate relua activitatea după 2—3 luni.

În *stadiul II,* tratat prin radioterapie, urmat de intervenţia chirurgicală, pacienta poate relua activitatea după 3—6 luni, dacă nu au apărut semne de recidive sau complicaţii postterapeutice ca: radiodermite, stenoză uretrală, incontinenţă urinară, tulburări anosfincteriene etc.

Scanned with OKEN Scanner

În *stadiul III*, care a beneficiat de radioterapie și tratament chirurgical, reîncadrarea în muncă se va face cu multă atenție.

În *stadiul III* inoperabil și *stadiul IV* capacitatea de muncă este în general pierdută pentru orice profesiune.

Recuperarea capacității de muncă

Măsuri medicale de recuperare. Tratamentul este complex radio-chirurgical și radiologic. Se extirpă vulva (vulvectomie) și ganglionii regionali. Tratamentul cu raze X este mai puțin eficace decît radiumterapia. Reușita terapiei și prognosticul pentru bolnavă sînt legate de depistarea precoce a procesului tumoral în stadiul inițial, care să excludă metastazarea ganglionară. Profilaxia este axată pe depistarea leziunilor locale.

Psihoterapia este întotdeauna necesară.

Măsurile socioprofesionale de recuperare sînt cele cunoscute din partea generală a lucrării.

III.2.2. Tumorile maligne ale vaginului

Cancerul vaginului este extrem de rar (0,04—4% din cancere). Apare de obicei în menopauză. În etiologia sa au fost incriminate microtraumatismele.

Anatomopatologic. În 90% din cazuri, aspectul histopatologic este al unui *epiteliom pavimentos*. Forme anatomopatologice mai rare sînt sarcoamele ce apar mai frecvent la copii (sarcom botrioid cu evoluție extrem de malignă), *melanoamele, corioepiteliomul* și alte tumori maligne localizate secundar la nivelul vaginului.

Clasificare:

— *stadiul 0*: intraepitelial;
— *stadiul I:* limitat la peretele vaginal;
— *stadiul II:* invadarea țesutului perivaginal;
— *stadiul III:* invadarea pelvisului;
— *stadiul IV:* invadarea vezicii și a rectului.

Simptomatologia clinică este dominată de hemoragii și mai rar de leucoree, dispareunie sau tulburări urinare.

Tratamentul este complex radio-chirurgical. Intervenția chirurgicală trebuie să fie extrem de extinsă, pentru a extirpa toate teritoriile limfatice.

Prognosticul este foarte nefavorabil. Chiar sub tratament, supraviețuirea, la cinci ani, nu depășește 30%.

Scanned with OKEN Scanner

Evaluarea capacității de muncă

În *stadiile 0, I și II* cînd tumora interesează numai peretele vaginal sau depășește peretele, dar rămîne mobilă, are un prognostic bun după tratament prin radioterapie preoperatorie și intervenție chirurgicală. După 3—6 luni de la operație, bolnava poate relua activitatea în majoritatea cazurilor, dacă aceasta nu cere eforturi energetice mari și dacă nu au apărut semne de recidive sau complicații postterapeutice ca: fistule vezicale și rectale, radiodermite, rectite, cistite. În cazul complicațiilor se va ține seama de posibilitățile de prestație și de răsunetul acestor complicații asupra stării generale a bolnavei.

În *stadiul III*, în care intervenția chirurgicală s-a făcut, este indicat să se prelungească concediul medical, dacă starea generală este bună și nu sînt semne de recidive sau complicații, după care se poate indica reluarea unei activități compatibile cu posibilitățile de prestație ale bolnavei. Readaptarea la muncă este bine să se facă prin acordarea temporară a unui orar de muncă mai redus (trei luni pe an calendaristic se poate reduce programul de activitate cu 1/4 normă).

Pentru *stadiul III inoperabil* și *stadiul IV*, tratamentul se rezumă la radioterapie. În aceste stadii capacitatea de muncă este pierdută dacă bolnava nu solicită să continue activitatea profesională din motive psihologice.

Recuperarea capacității de muncă

Mijloacele medicale și socioprofesionale recuperatorii sînt similare cu cele care se aplică în general cancerului genital.

III.2.3. Tumorile maligne ale colului uterin

Cancerul colului uterin constituie cea mai frecventă localizare a neoplaziilor la femeie. Ocupă locul al doilea printre cauzele de deces feminin, depășind mortalitatea prin cancer față de bărbați. Apare cu predilecție între 30 și 50 de ani, fără a avea o limită pentru o vîrstă mai tînără sau mai înaintată. Din totalul cancerului genital, localizarea cervicală apare în 71,2% a cazurilor, cea uterină în 15% și restul de 13,8% este ocupat de ovar, trompă, vulvă și vagin. După cum s-a putut observa în capitolul al II-lea al lucrării prezente, datele noastre se apropie de datele altor autori (10), (20), (56), (43).

Scanned with OKEN Scanner

La nivelul colului, cancerul este o neoformație epitelială în 99% a cazurilor, cu punct de plecare din cele două epitelii de înveliș ale exo- și endocolului cu structură histologică diferită:

— epiteliul pavimentos stratificat *(carcinom pavimentos, spinocelular, bazocelular* și *nediferențiat);*

— epiteliul cilindric *(adenocarcinom);*

— în 1% din cazuri își are originea în țesutul conjunctiv, realizînd forma malignă numită *sarcom.*

În majoritatea cazurilor, debutul cancerizării colului are loc la nivelul orificiului extern („zona de pericol") în zona de joncțiune între cele două epitelii pavimentos-exocervical și cilindric-endocervical. Această zonă este constituită din celule tinere nediferențiate, care se găsesc în instabilitate și sînt extrem de sensibile față de iritațiile cronice, ce pot declanșa transformarea lor în celule tumorale, realizînd tipul celular de epiteliom nediferențiat sau diferențiat spinocelular, în 94% din cazuri.

Cancerizarea poate avea punct de plecare la nivelul mucoasei endocervicale, realizînd așa-zisul epiteliom cilindric sau glandular în 6% a cazurilor.

Diferențierea citologică a cancerului de col uterin are importanță în orientarea terapeutică radiologică și prognostică. Cancerul glandular este radiorezistent și cu posibilități de metastazare mai rapide decît cel exocervical.

Etiopatogenia cancerului de col uterin nu este lămurită, ca de altfel a cancerului în general. Au fost multe teorii care au încercat să explice geneza proceselor maligne, începînd cu vechea teorie a iritației și sfîrșind cu teoria parazitară, teoria endocrină, teoria alimentară, teoria carențelor în ioni (Mg, Ca etc.), iar mai recent teoria virală. S-a ajuns la convingerea că mecanismul cancerizării este legat de terenul neuro-endocrino-metabolic. Însăși structura morfofuncțională și așezarea în plin țesut conjunctiv intens vascularizat, la care se adaugă inflamațiile cronice, traumatismele obstetricale, mecanice, chimice și tulburările hormonale, constituie elemente care solicită colul uterin în mod permanent, putînd modifica proliferarea și regenerarea țesuturilor de înveliș amintite, intervenind în procesul cancerizării. Se pare că această „dezordine celulară" are la bază o tulburare de metabolism intim celular, indiferent de cauza iritației (dată de paraziți, hormoni, virusuri etc.). Cancerul de col se dezvoltă întotdeauna pe o leziune preexistentă a epiteliului, aparentă sau inaparentă din punct de vedere clinic (o eroziune adevărată, ectopie etc.). Sub denumirea de displazie a colului uterin (leziuni atipice ale colului uterin, „col lezional") înțelegem o stare precanceroasă.

Scanned with OKEN Scanner

De aici marea importanță terapeutică a depistării și tratării oricăror leziuni ale acestei regiuni.

Cancerul de col uterin se propagă prin următoarele căi: prin continuitate de la țesut la țesut, prin infiltrare limfatică, o cale preferată a cancerului; prin salturi metastatice. În acest fel invadează parametrele, sistemul limfatic, organele și țesuturile vecine.

Clasificarea stadială este o clasificare anatomo-clinică. În funcție de extinderea procesului canceros s-au stabilit patru stadii clinice care au caractere invazive. Ulterior, s-au stabilit încă două stadii:

— *carcinomul „intraepitelial", cancerul „0"* sau cancerul „in situ" nu are caracter invaziv, interesînd numai învelișul epitelial;

— *carcinomul cu caracter invaziv foarte incipient* — invizibil cu ochiul liber, denumit *„microcancer"*, descris de Mestwerdt. Acesta este un cancer de dimensiuni mici, care rupe membrana bazală a epiteliului de înveliș, deci este prima formă a cancerului invaziv și precede stadiul I.

Cancerul intraepitelial (sau „0") și „microcancerul" de col sînt lipsite de simptomatologie și nu pot fi confirmate decît prin examen histopatologic.

Celelalte patru stadii clinice, care au caractere invazive nete și manifestări clinice, pot fi depistate prin metode clinice, paraclinice și confirmate histologic.

Stadiul I clinic este operabil, pentru că leziunea interesează strict colul, fără metastaze ganglionare obligatorii. Tratamentul radical al acestei forme duce la vindecarea, pînă la 85% din cazuri.

Stadiul II clinic, considerat încă operabil, este forma în care procesul tumoral depășește limitele colului, invadînd unul din parametre sau ambele, fără să intereseze peretele pelvian, limitînd în oarecare măsură mobilitatea uterului.

După direcția organului spre care evoluează, deosebim: stadiul II parametru, stadiul II vagin, stadiul II corp uterin.

Stadiul III clinic este forma inoperabilă pentru că procesul malign prinde ambele parametre și peretele pelvin. Uterul își pierde mobilitatea, ganglionii regionali din jurul vaselor mari sînt induraţi și se pot palpa înapoia uterului. Sînt trei forme, după aceleași considerații: stadiul III parametru; stadiul III vagin; stadiul III metastază pelviană.

Stadiul IV clinic, în care procesul tumoral invadează organele învecinate. Diferențiem trei forme: stadiul IV vezică, stadiul IV rect, stadiul IV metastază la distanță.

Diseminarea — metastazarea — se produce pe cale directă prin vasele sanguine sau indirect pe cale limfatică în ficat, plămîn, creier, rinichi, miocard și oase.

Scanned with OKEN Scanner

Diagnosticul precoce al cancerului de col uterin obligă la controlul diverselor leziuni cervicale, care pot ascunde un început al etapei maligne (precancer).

Pentru diagnosticul precoce este necesar examenul clinic și controlul periodic genital la femeile trecute de 25 de ani. La cazurile suspecte (colposcopie și examen citologic) care trebuie dispensarizate, executarea unei biopsii țintite din locul suspect este singura metodă care poate preciza diagnosticul. Există metode de detectare și de precizare. Ele se completează reciproc și se succed cronologic: examenul clinic, examinări paraclinice (testul Lahm-Schiller), colposcopia, citodiagnosticul, examenul bioptic, histerografia, histeroscopia).

Examenul histopatologic este metoda care confirmă malignitatea. Fără acest examen nu se aplică terapia anticanceroasă.

Diagnosticul cancerului invaziv. 1. *Simptomele de debut clinic* se caracterizează prin apariția *leucoreei,* care după microtraumatisme (irigații, act sexual, tușeu digital, constipație etc.) este pătată cu sînge. *Hemoragia* apare în afara menstruației. Menstruațiile sînt mai abundente și mai prelungite (menoragii) și apoi devin neregulate, păstrînd aceeași abundență (metroragii). Hemoragia este suspectă în menopauză. De notat friabilitatea vasculară accentuată (la cea mai mică atingere, irigații vaginale, tact vaginal etc.), se produc sîngerări, durerea este cu totul neînsemnată în această fază (și pare mai mult o jenă de corp străin), iar uneori poate lipsi total.

Examenul local vizual, cu ajutorul a două valve, decelează existența unei zone erodate cu margini bine conturate, de culoare roșiatică-murdară-gălbuie.

Tușeul vaginal depistează în formă nodulară, un mic nodul dur, care face corp comun cu masa colului uterin. Într-o fază mai avansată evoluează spre: forma infiltrativă; colul are mobilitate, dar este turgescent, hipertrofiat și de o duritate evidentă; tumora are o suprafață friabilă foarte hemoragică.

2. *Simptomele cancerului de col avansat sau simptomele tardive ale cancerului colului uterin sînt aceleași în stadiile II, III, IV* și se conturează din ce în ce mai evident. Se adaugă *durerea, caşexia* și *fistulele* care dau aspectul grav al evoluției bolii.

— *Leucoreea* este evidentă și abundentă (uneori sub formă de vomică uterină), discret colorată în roșu, dînd aspectul apei în care s-a spălat carnea și este fetidă din cauza ulcerației, care se necrozează și se suprainfectează cu flora vaginală.

— *Hemoragia* este din ce în ce mai abundentă și mai capricioasă pe măsură ce procesul malign avansează. Bolnava se anemiază treptat.

— *Durerea* devine din ce în ce mai violentă, astfel că în stadiul IV este aproape insuportabilă. Cuprinde întregul bazin, cu extinderi în lombe și mai ales pe traiectul sciaticului.

La tușeul vaginal se constată o induratie a organelor genitale și în jurul lor pe măsură ce cancerul se extinde, un aspect „cartonat" al țesuturilor.

Din forma nodulară și apoi infiltrativă cancerul colului uterin evoluează spre una din formele mai avansate:

a) *forma vegetantă (exofitică),* care crește treptat umplînd vaginul. Este o masă papilară, bungeonată, friabilă, puternic vascularizată (vase de neoformație) cu tendință la sîngerare și ramolire. Se mai numește și tumoră conopidiformă;

b) *forma ulcerativă* constă în o ulcerație care evoluează în profunzime pe măsură ce procesul avansează, se numește și tumoră crateriformă. Forma ulcerativă este mult mai agresivă decît forma vegetantă;

c) *forma schiroasă* cu evoluție intramurală, spre canalul cervical și cavitatea uterină (greu de diferențiat de un nodul fibromatos).

Starea generală se alterează treptat, pe măsură ce cancerul colului uterin progresează, bolnava devine palidă, datorită impregnării canceroase toxice și anemiei (din cauza hemoragiilor repetate). Anorexia este selectivă, mai ales pentru carne și pîine. Bolnava slăbește progresiv, apare astenie fizică și psihică, relativ rapid ajunge la cașexie.

Hemoragiile repetate, leucoreile fetide, durerile violente, cașexia extremă, la care se adaugă fistule recto-vezico-vaginale, constituie tabloul final al unei bolnave de cancer de col uterin netratat.

Evoluția și prognosticul depind de depistarea precoce, în stadiile preclinice și chiar stadiul I clinic, tratamentul permițînd supraviețuire mai lungă și chiar vindecare. Prognosticul este grav cînd procesul tumoral este depistat în stadiile III și IV, considerate faze inoperabile, deoarece invazia și metastazarea procesului canceros este extinsă. Evoluția depinde de forma histoclinică, formele spinocelulare, epiteliomul cilindric, sînt mai agresive și radiorezistente; forma schiroasă cu vase mai puține este mai puțin activă; forma ulcerativă duce la deces mai repede decît forma vegetantă (papilară). Evoluția este invers proporțională cu vîrsta, cu cît bolnava este mai tînără, are un prognostic mai grav. Există în unele cazuri, la tinere, o evoluție a cancerului în cîteva luni (cancer „acut"). La femeia în vîrstă (forma schiroasă), cancerul colului uterin are o evoluție mai lungă (2—3 ani). În medie, cancerul colului uterin netratat, evoluează aproximativ în doi ani.

Scanned with OKEN Scanner

Vindecările urmărite timp de cinci ani sînt în proporție de 70% pentru stadiul I al neoplaziei, 40% pentru stadiul al II-lea și de 10—15% pentru stadiul al III-lea. În raport cu extinderea stadială a cancerului, în Institutul Oncologic din București s-au înregistrat după cinci ani (1950—1956) următoarele rezultate: 87,1% stadiul I și 66,7% în stadiul al II-lea (39).

Evaluarea capacității de muncă

În stadiile 0, I și II ale cancerului de col uterin bolnavele beneficiază de tratament chirurgical și radioterapic pre- și postoperator, cu rezultate bune. În aceste forme de cancer bolnava poate relua activitatea după 3—6 luni de concediu medical, dacă nu au apărut semne de recidivă sau complicații postterapeutice. La reluarea activității se vor evita locurile de muncă cu eforturi energetice mari și munca la mașini cu trepidații.

În *stadiul III operat* se va orienta după starea generală și locală a bolnavei.

În *stadiul III inoperabil* și *stadiul IV*, bolnavele vor fi propuse la pensionare și încadrate în gradul II de invaliditate.

Dacă după operație au apărut complicații sau recidive, capacitatea de muncă este în general pierdută. În caz că aceste complicații se vindecă, se poate relua activitatea cu respectarea contraindicațiilor de muncă menționate înainte.

Recuperarea capacității de muncă

Mijloacele medicale de recuperare. Tratamentul profilactic. Valoarea tratamentului este în funcție de precocitatea diagnosticului, de alcătuirea și de aplicarea planului complex de recuperare. Depinde de asemenea de disciplina bolnavei (10), (43).

Tratamentul curativ este legat de următoarele condiții: depistarea precoce, extinderea procesului tumoral, terapia rațională și precoce, de factori adjuvanți privind starea generală a bolnavei, moralul psihic ridicat, vîrsta și integritatea mecanismelor de autoapărare împotriva agresiunii tumorale. Tratamentul este axat pe metode chirurgicale, radiologice și citostatice.

Metodele chirugicale urmăresc extirparea focarului principal și a diseminării ganglionare în funcție de cele șase stadii amintite. În formele incipiente, la femei tinere, în stadiile preclinice se execută amputarea colului uterin. În formele mai avansate, stadiul I clinic, se execută histerectomie totală simplă pînă la histerectomie lărgită.

Scanned with OKEN Scanner

În formele avansate, stadiul II, tratamentul este radical, se execută limfadeno-colpo-histerectomie lărgită după Wertheim-Toma Ionescu-Brenier. Această metodă constă din extirparea uterului, anexelor, parametrelor, ligamentelor utero-sacrate cu treimea superioară a vaginului, ganglioni iliaci externi și hipogastrici, la nevoie iliaci primitivi.

Metodele radioterapeutice constau din aplicarea de radium, raze roentgen și cobalt. Radiumterapia se aplică local, endouterin și intravaginal, cîte 22,5—45 milicurie. Scopul este de a distruge țesutul tumoral din focar (cervical) și propagările din parametru. Roentgenterapia (RT) poate fi aplicată în mai multe feluri: roentgenterapie de contact, roentgenterapie profundă locală și roentgenterapie externă. Se fac ședințe zilnice, administrîndu-se preoperator și postoperator, cîte 200—300 r pe ședință, în cîmpuri anterioare, posterioare, sacrate și perineal. Total se administrează 8 000—12 000 r.

Tratamentul paleativ se aplică în cazurile avansate inoperabile și constă din radium, roentgenterapie, hemostatice și tonice generale.

În general, tratamentul anticanceros necesită întărirea factorilor de autoapărare prin vitaminizare, antianemice, ridicarea moralului și evitarea eforturilor fizice și psihice.

III.2.4. Tumorile maligne ale corpului uterin

În comparație cu cancerul colului uterin, cancerul corpului uterin este mai rar (15—18%). Este cancerul celei de a 5-a decade sau „cancerul postmenopauzic".

Caracteristicile sale sînt: simptomele fără zgomot și evoluția lentă.

După originea procesului tumoral are trei forme: *adenocarcinomul* — cu punct de plecare din endometru; *sarcomul* — cu punct de plecare din țesutul conjunctiv al stromei endometrului sau a peretelui muscular uterin; *corioepiteliomul* — o formă specială, cu punct de plecare în resturile placentare sau molare.

Adenocarcinomul uterin

Apare mai frecvent la o vîrstă înaintată, în menopauză, atingînd un procent de 10 din totalul cancerelor genitale. Poate fi localizat într-o porțiune delimitată a cavității uterine sau poate fi di-

Scanned with OKEN Scanner

fuz. Dezvoltarea are loc la suprafața mucoasei uterului și numai în fazele mai avansate interesează miometrul, putînd să ajungă la subseroasă sau la colul uterin.

Etiopatogenie. Predispun la cancerizare o serie de leziuni preexistente ca endometrita hipertrofică, hiperplaziile neinflamatorii cu cauze hormonale, polipozele, fibromioamele.

Simptome și diagnostic:

— *hemoragia* apare în afara menstruației și mai ales în menopauza instalată de cel puțin un an, constituind un semnal de alarmă. Aceste hemoragii, deseori interpretate ca dereglări hormonale în cadrul climacteriului, nu cedează la tratament conservator cu stiptice hemostatice sau hormonal.

— *Leucoreea* pătată cu strii sanguine sau sub forma hidroreei, cu miros fetid, care în stadiile III și IV ia aspectul de apă în care s-a spălat carne, constituie primul simptom suspect, dar nu atît de sigur ca hemoragia din menopauza avansată.

— *Durerile* apar tardiv în fazele foarte evoluate și au un caracter inconstant la început. Uneori apar mai repede, sub formă de colici, datorită acumulării intracavitare a secreţiilor hemopurulente, care se evacuează cu greutate dintr-un col închis de procesul tumoral.

Tușeul vaginal decelează uter mărit de volum, moale sau mai dur, nedureros, mobil sau fixat (în fazele mai avansate); *histerometria* arată un uter cu cavitate neregulată mărită, foarte friabilă și hemoragică.

Histerosalpingografia descoperă o cavitate neregulată cu lacune (golfuri) și mărită.

Clasificarea stadială: *stadiul I,* procesul este localizat strict la uter; *stadiul II,* procesul depășește uterul; *stadiul III,* procesul interesează și colul; *stadiul IV* procesul invadează organele din vecinătate, vezică, rect etc.

În diagnostic are importanță examenul histopatologic al produsului de raclaj, care macroscopic are un aspect albicios, friabil, asemănător țesutului cerebral.

Raclajul se execută cît mai aproape de intervenție, sub protecție de antibiotice, cu mare atenție, pentru a nu produce perforație uterină în zonele prinse de procesul tumoral (uterul este moale și friabil).

Diagnosticul diferențial se face cu polipii uterini sau cu nodulii fibromiomatoși submucoși, cu adenomul uterin, cu metrita senilă, tulburările hormonale, în faza mai avansată și cu pelviperitonita (în caz de suprainfecție).

Scanned with OKEN Scanner

Evoluție și prognostic: cancerul corpului uterin, spre deosebire de cancerul colului uterin, evoluează mai lent și mai îndelungat din cauza legăturilor limfatice mai sărace ale uterului decît ale colului. Netratat, decesul survine la 2—4 luni de la debut.

Tratamentul este complex radiochirurgical, radical, ca și în cazul localizării cervicale.

Sarcomul uterin

Sarcomul este o tumoră malignă rară. Poate surveni la orice vîrstă (mai frecvent între 45 și 50 de ani).

Anatomopatologic. Originea ei este în țesutul conjunctiv din miometru sau din endometru, realizînd tipurile rotundocelulare, fusocelulare și mixte polimorfocelulare. *Macroscopic,* poate fi circumscris sau difuz; cu evoluție rapidă și metastazare pe cale sanguină, în plămîn, ficat și peritoneu.

Simptomele sînt dominate de leucoree și menometroragii rebele la tratamentul conservativ.

Diagnosticul se bazează pe examenul histopatologic al produsului de raclaj bioptic.

Tratamentul este complex radiochirurgical, ca și în cancerul de col.

Corioepiteliomul

Corioepiteliomul este o formă particulară de tumoră malignă, numită și *placentom malign* sau *deciduom malign.* Are o origine placentară în epiteliul vilozităților coriale, ce au rămas în cavitatea uterină după avort, dar mai ales după mola hidatiformă. Această degenerescență malignă placentară este rară și debutează în cavitatea uterină la nivelul inserției placentei.

Mucoasa uterină este distrusă și invadată de celule monstruoase sincițiale (trofoblastice). Se propagă hematogen și invadează miometrul, care este foarte friabil cu tendință la perforare.

La examenul histologic se constată prezența unor mase epiteliale proliferate sincițial (elemente ale vilozităților coriale placentare).

Corioepiteliomul survine la femei tinere și are evoluție foarte malignă. În cazurile nedepistate precoce sau netratate, bolnavele sucombă în 2—6 luni prin metastazare. Metastazele sînt frecvente și evoluează rapid sub forma unor noduli violacei, de consistență moale, hemoragici, care interesează peretele uterin, precum și vulva, vaginul, plămînul, creierul.

Scanned with OKEN Scanner

Simptomatologie și diagnostic. Simptomul de bază este hemoragia cu anemie secundară, care survine după o stare obstetricală, mai ales molă hidatiformă. Are semne comune cu sarcina și uneori fenomene de hiperemeză, stare toxică, reacția de sarcină este pozitivă, iar laboratorul arată că titrul hormonilor gonadotropi este foarte crescut.

Tușeul vaginal descoperă uter mărit de volum, moale, flasc, neregulat, col interdeschis cu hemoragie murdară, ambele ovare sînt transformate chistic: tumori anexiale cît un pumn de adult (chisturi luteinice).

Biopsia de endometru este obligatorie și confirmă diagnosticul. Chiuretajul trebuie efectuat cu mare atenție pentru a nu perfora uterul moale. Materialul obținut se examinează în totalitate pe secțiuni seriate.

Diagnosticul pozitiv este ușor. Ne gîndim la corioepiteliom ori de cîte ori în anamneză găsim un accident obstetrical, după care fenomenele de sarcină își revin.

Diagnosticul diferențial se face cu: avortul incomplet, fibromul sîngerînd, metroragiile difuncționale etc. (2), (12).

Prognosticul este legat de precocitatea apariției metastazelor, de rapiditatea și energia tratamentului, de terapia complexă corect aplicată, chirurgicală, radiologică și citostatică.

Evaluarea capacității de muncă

— *Cancerul corpului uterin în stadiile I și II* beneficiază de radioterapie preoperatorie și de intervenție chirurgicală. Acest tratament poate dura 3—6 luni, după care pacienta poate relua activitatea profesională dacă la examenul clinic nu prezintă semne de recidivă sau complicații postterapeutice. În reluarea activității profesionale se va ține seama de faptul că bolnava nu poate presta o muncă ce necesită eforturi fizice mari, deplasări posturale prelungite sau expunere la trepidații. În aceste cazuri pacienta va fi îndrumată spre o activitate profesională corespunzătoare posibilităților ei și care să respecte contraindicațiile amintite.

— *Cancerul corpului uterin stadiul III.* În cazurile în care după radioterapie preoperatorie a fost efectuată intervenția chirurgicală, iar după șase luni nu prezintă semne clinice de recidivă sau complicații, se va schimba locul de muncă dacă este nevoie. Persoana respectivă poate fi încadrată în invaliditate pentru o perioadă limitată de timp, în care schimbarea locului de muncă nu este operantă.

— *În stadiile III neoperabil și IV,* precum și în cazurile cu recidive după operație este contraindicată orice activitate profesională,

Scanned with OKEN Scanner

bolnava va fi propusă la pensionare și încadrată în raport cu starea generală și posibilitățile de autoservire.

— *În complicațiile postterapeutice* ca: fistule urinare, fistule rectale, celulită retroperitoneală cu stenoză uretrală, rectită, cistită și radiodermite, se va ține seama de evaluarea capacității de muncă de solicitările biologice ale activității prestate. În raport cu stadiul și felul leziunii se va încadra în gradul II sau III de invaliditate. După vindecarea acestor complicații și cînd nu se semnalează clinic recidiva bolii se pune problema reîncadrării în muncă a bolnavei, ținîndu-se seama de contraindicațiile menționate anumitor locuri de muncă (eforturi energetice mari, deplasări posturale prelungite, trepidații etc.).

Recuperarea capacității de muncă

Măsuri medicale de recuperare. Profilaxia corioepiteliomului este legată de verificarea atentă în sala de naștere a integrității placentei, de executarea corectă a controlului uterin postpartum și postabortum, evacuarea totală a resturilor din mola hidatiformă, dispensarizarea riguroasă. Reacția de sarcină se impune în a 7-a zi, a 14-a zi, la o lună, la două luni, la patru luni, la opt luni, la un an după accidentul obstetrical.

Rezultatele negative arată un prognostic favorabil, iar rezultatele pozitive arată redeșteptarea procesului malign cu focare de metastazare care impun măsuri terapeutice rapide și energice (19), (40), (18).

Tratamentul curativ se aplică la reapariția fenomenelor de sarcină, reapariția hemoragiei, reapariția și creșterea nivelului hormonilor gonadotropi, reacția de sarcină pozitivă, biopsia pozitivă.

În acest caz nu este nici o îndoială că a apărut un corioepiteliom și trebuie să acționăm cu un tratament curativ care este chirurgical și se adresează în primul rînd extirpării rapide și totale a focarului pentru a evita metastazarea (se execută de obicei histerectomia totală cu anexectomie bilaterală), concomitent se aplică tratamentul radiologic, în doză masivă; citostaticele au rezultate deosebit de favorabile (Metotrexat și altele).

Tratamentul celorlalte forme de neoplasm uterin se bazează pe:

— *radiumterapie intracavitară* la cazurile inoperabile. Dozele administrate variază între 4 000 și 5 000 R, fără a depăși aceste valori din cauza radiosensibilității vezicii și rectului. Ca mijloace fizice mai pot fi utilizate *perle de cobalt sau cesiu 137. Prognosticul radioterapiei izolate* este de 55,8% supraviețuiri la cinci ani (41);

Scanned with OKEN Scanner

— *intervenția chirurgicală* de elecție este colpo-adeno-histerectomia lărgită;

— *asociația radioterapie-intervenție chirurgicală-radioterapie* (tip sandviș) ameliorează și mai mult prognosticul bolnavelor cu cancer de corp uterin;

— *chimioterapia* aplicată în cazurile de neoplasm al corpului uterin nu a dat rezultate satisfăcătoare (8); în schimb aplicarea de lungă durată a progestativelor de sinteză oferă un mijloc terapeutic foarte bun mai ales în cazul metastazelor, recidivelor sau în cazurile inoperabile, cu titlu paleativ.

Mijloacele socioprofesionale de recuperare sînt cele descrise în partea generală a lucrării și la finele acestui capitol.

III.2.5. Tumorile maligne ale trompei

Cancerul trompei poate fi primitiv sau secundar ca metastază a unui proces neoplazic uterin sau ovarian.

Cancerul primitiv al trompei este extrem de rar (1% din cancerele genitale).

Histopatologic au fost descrise: *sarcomul, corioepiteliomul* și *epiteliomul tubar*. Leziunea se manifestă între 40 și 60 de ani. Au fost incriminate ca factori favorizanți infecțiile utero-anexiale cu obstrucția tubară consecutivă.

Simptomele clinice evocatoare pot fi:

— *hidro-hematoreea* apărută periodic după o perioadă de colici abdominale. Leucoreea este apoasă, dar cu striații sanguinolente;

— *durerea pelviană* este inconstantă, de intensitate variabilă, legată de distensia trompei sau de fenomenele inflamatorii asociate;

Tușeul vaginal poate evidenția o tumoră anexială, dar nu poate preciza natura sa malignă.

Examinări paraclinice. *Examenul citotumoral* (poate evidenția un cancer de tip glandular, dar nu îi poate preciza sediul) și *histerosalpingografia* (precizează un uter normal și un hidrosalpinx suspect) pot evoca diagnosticul.

Diagnosticul de regulă este intraoperator sau, cel mai adesea, postoperator, histologic.

Mijloacele recuperatorii sînt cele cunoscute în tumorile maligne.

Tratamentul este chirurgical: histerectomia totală cu anexectomie bilaterală, combinată cu radium și radioterapie. Rezultatele bune, cu vindecare, variază după diferiți autori între 5 și 20%, în funcție de precocitatea histerectomiei, forma clinică histologică de boală și de aplicarea planului complex de recuperare.

Scanned with OKEN Scanner

III.2.6. Tumorile maligne ovariene

Tumorile ovariene sînt de o mare diversitate clinică şi anatomohistologică.

Formele anatomopatologice cele mai frecvente sînt:

a) *Tumori epiteliale maligne primitive* care după Varangot reprezintă 85% din cancerele ovariene şi 5% din cancerele femeii): chistadenomul seros papilifer; chistadenom-carcinomul mucoid; cancerul endometroid, provenit probabil dintr-un focar de endometrioză cancerizat şi cancere nediferenţiate.

b) *Tumori conjunctive:* sarcomul, fibroadenocarcinomul, limfosarcomul.

c) *Teratoame:* teratom solid şi coriocarcinom.

d) *Carcinoame secundare,* metastaze ale unor procese maligne cunoscute sub numele de sindrom Krukenberg.

Simptome clinice. Împrejurările în care se descoperă o astfel de tumoră sînt diferite:

1) femeia se adresează medicului pentru dureri pelviene, tulburări de ciclu sub forma unor menoragii premenopauzice sau pentru tulburări urinare.

Examenul obiectiv descopere laterouterin într-o loje anexială sau în ambele formaţiuni dure, neregulate, care ocupă fundurile de sac.

— *Celioscopia* cu biopsie întăreşte diagnosticul.

— *Puncţia ţintită* a tumorii cu un ac gros poate aduce mici fragmente care examinate histopatologic precizează diagnosticul.

2) Alteori, femeia vine pentru ascită cu slăbire în greutate şi forţe fizice într-un interval relativ scurt. La puncţie se obţine lichid de ascită uneori hemoragic. Din sedimentul obţinut prin centrifugare se evidenţiază celule neoplazice. Dacă ascita este abundentă după ce s-a evacuat lichidul se poate palpa mai bine tumora.

Laparotomia exploratoare confirmă diagnosticul şi găseşte mase tumorale în pelvis acoperite de vegetaţii în 50—60% din cazuri.

Clasificare stadială. În funcţie de extindere, tumorile maligne ovariene se clasifică în patru stadii (F.I.G.O.):

Stadiul I: Tumoră limitată de ovar:

— A) Limitată la un ovar, fără ascită.

— B) Limitată la ambele ovare, fără ascită.

— C) Uni- sau bilaterală cu ascită.

Stadiul II: Tumoră uni- sau bilaterală cu extindere în pelvis:

— A) Extindere la uter şi la trompe.

— B) Extindere la alte structuri pelviene.

Scanned with OKEN Scanner

Stadiul III: Tumoră uni- sau bilaterală cu metastaze peritoneale sau viscerale abdominale.
Stadiul IV: Tumori uni- sau bilaterale cu metastaze la distanță, extraabdominale.

Evaluarea capacității de muncă

— *Stadiul I și II, ca și cazurile operabile din stadiul III ale cancerului de ovar,* beneficiază de intervenție chirurgicală, precum și de chimioterapie și radioterapie profilactică postoperatorie. Tratamentul poate dura 3—6 luni, după care bolnava — dacă nu prezintă semne de recidivă sau complicații postterapeutice — poate să-și reia activitatea profesională. În caz de complicații postterapeutice ca: leuco-trombopenie, radiodermite, cistite, rectite, boală citostatică, fistule vezicale etc., evaluarea capacității de muncă se va aprecia în funcție de deficiențele funcționale date de aceste complicații, în raport cu solicitările biologice ale locului de muncă prestat.
— *În stadiul III neoperabil și stadiul IV al cancerului ovarului,* bolnava beneficiază numai de tratament selectiv chimioterapic și radioterapie de durată. Capacitatea de muncă este pierdută pentru orice muncă.

Recuperarea capacității de muncă

Mijloacele medicale de recuperare. Măsurile profilactice sînt:
— dispensarizarea și urmărirea periodică a tuturor tumorilor ovariene, descoperite cu ocazia examenelor ginecologice periodice;
— extirparea chirurgicală a tuturor tumorilor ovariene al căror volum este cuprins între 7 și 10 cm diametru sau mai mari;
— laparotomie de control și extirparea tuturor tumorilor ovariene descoperite după menopauză.
Tratamentul curativ este chirurgical. Laparotomia în toate cazurile cu sau fără examen extemporaneu histopatologic. În tot cazul, toate tumorile ovariene și în special cele chistice și în aparență benigne se secționează imediat după extirpare, în scop diagnostic și pentru completarea conduitei operatorii, privind extirparea concomitentă a uterului și a ovarului opus.
În tumorile maligne operabile, odată cu extirparea tumorii se procedează la histerectomie totală sau subtotală (după posibilități), cu anexectomie bilaterală, chiar dacă ovarul opus este în aparență sănătos. Această conduită este dictată de frecvența asocierii cancerului ovarian cu cancerul de endometru și a metastazării în ovarul opus.

Scanned with OKEN Scanner

În formele inoperabile clinic, laparotomia este obligatorie, atît pentru diagnostic (se prelevează fragmente pentru examen histopatologic), cît şi pentru faptul că în unele cazuri tumora poate fi extirpată. În formele inoperabile chirurgical şi cu ascită, se introduc în peritoneu citostatice şi se lasă un tub „permanent" pentru administrarea dozelor următoare, în zile de după operaţie.

Tratamentul prin iradiere profundă externă se face la toate bolnavele operate (la 4—5 săptămîni după operaţie), ca şi în cazurile inoperabile sau la cele cu recidive postoperatorii. Unele cancere ovariene sînt foarte radiosensibile. Radioterapia poate fi convenţională, cu betatron sau cobalt. *Unele cazuri inoperabile pot deveni operabile după radioterapie.*

În formele cu ascită, „uscarea" acesteia în vederea radioterapiei se poate obţine introducînd în peritoneu aur colidal radioactiv (41).

Tratamentele cu citostatice oferă uneori rezultate spectaculare în formele inoperabile, cu metastaze peritoneale şi ascită. Se administrează pe cale orală, parenterală, intraarterială sau peritoneală (Sarcolizină, Thio Tepa, Girostan, Clafen-Endoxan şi I.O.B.$_{82}$). Toate aceste medicamente se pot asocia tratamentului chirurgical.

În general, pentru cancerul ovarian se aplică trei formule terapeutice: a) tratament chirurgical; b) tratament chirurgical cu iradiere pre- sau postoperatorie; c) tratament chirurgical cu chimioterapie postoperatorie. Rezultatele depind de: natura histologică a tumorii; gradul de malignitate histologică; gradul de extindere (stadialitate); formula terapeutică aplicată; rezistenţa organismului la tratamentele aplicate.

Rezultatele statistice globale sînt mediocre:
— stadiul I: vindecări peste 5 ani în 77%;
— stadiul al II-lea al IV-lea: vindecări peste 5 ani în 16%;
— pentru toate stadiile reunite: 35%.

Mijloacele recuperatorii socioprofesionale folosite în cancerele organelor genitale

În toate cazurile de neoplasme ale organelor genitale, mijloacele socioprofesionale de recuperare trebuie să completeze pe cele medicale cît mai curînd posibil de la debutul bolii; s-ar putea spune că aceste măsuri trebuie să se efectueze paralel cu cele medicale.

Psihoterapia, care face parte dintre mijloacele medicale de recuperare, trebuie să urmărească creşterea încrederii femeii nu numai în posibilităţile sale de a duce o viaţă familială şi sexuală normală, sau cît mai apropiată de normal, dar să fie ajutată să înţe-

Scanned with OKEN Scanner

leagă că va putea și deci va trebui să-și reia activitatea profesională.

Postoperator, sau în perioada radio- și chimioterapiei intense, femeile din acest grup au nevoie de o perioadă de luni, iar unele de 1—2 ani de repaus profesional. Durata acestui interval depinde de extinderea și particularitățile tumorii, de precocitatea începerii tratamentului, de particularitățile imunologice și psihice ale bolnavei, de particularitățile locului său de muncă și într-o oarecare măsură și de nevoile sale economice. În cazurile observate de noi la toate femeile cărora li s-au făcut intervenții pe organele genitale pentru tumori maligne, li s-a asigurat repaus profesional îndelungat cel puțin șase luni, iar majoritatea au fost încadrate în invaliditate în gradul al II-lea pentru o perioadă de unu sau mai mulți ani, orientîndu-se după criterii asupra cărora s-a insistat în partea generală a lucrării.

Reluarea activității profesionale după 5—6 luni de repaus profesional postoperator este posibilă și de dorit la persoane la care intervenția a fost efectuată în stadiul I, operația nu a fost prea mutilantă fizic și mai ales psihic, iar activitatea profesională se efectuează în spații închise în poziție șezîndă în condiții ergonomice: activități de birou etc.

Bolnavele operate în stadiul II pot să-și reia activitatea profesională în majoritatea cazurilor după 9—12 luni de la operație, dacă condițiile medicale și cele ale locului de muncă o permit.

Cele operate în stadiul III au nevoie de repaus profesional mai îndelungat 18—24 de luni, timp în care se aplică mijloacele recuperatorii necesare: terapie combinată și de întreținere (25).

În activitatea practică observăm că prea multe femei nu-și reiau activitatea profesională sau nu sînt dispuse să și-o reia din cauza fricii față de recidive, din cauza neîncrederii în forțele proprii și am îndrăzni să spunem că unele sînt „încurajate" în această atitudine de unii confrați prea zeloși în prelungirea inutilă a unui repaus profesional îndelungat. Auzim uneori cînd purtăm discuții cu unii colegi „nu suferă ea destul pentru că a avut cancer?" Sîntem de acord că a suferit, că rămîne o teamă de recidivă și de muncă pentru mult timp, dar trebuie insistat că lipsa de activitate este cel puțin tot așa de nocivă, prin consecințele sale economice și mai ales psihice, creînd posibilitatea dezvoltării diferitelor devianțe psihice pasive. Trebuie să fie clar atît pentru bolnavi cît și pentru aparținători, că activitatea profesională efectuată în condiții ergonomice nu este nocivă pentru bolnavii cu afecțiuni cronice compensate și stabilizate. Rămîne desigur o oarecare reducere a capacității de prestație a bolnavelor operate, care a fost

Scanned with OKEN Scanner

astfel evaluată de W. Möbius (37): în primul an postoperator capacitatea de muncă scade cu 50%; în următorii 2—4 ani scade cu 30—40%, iar în următorii 4—5 ani cu 15—20%.

Aceasta înseamnă că la reîncadrarea în muncă trebuie să ținem seama că în toate cazurile se produce o oarecare scădere a capacității de prestație. Dacă locul de muncă anterior nu corespunde sau nu poate fi modificat, atunci trebuie să fie schimbat astfel încît să se realizeze concordanța între capacitatea de prestație a bolnavei și solicitările locului de muncă ales (se aplică articolul 29 din Legea nr. 3/1977).

Reluarea activității profesionale trebuie să se facă la început cu program redus cu 1/4 normă, apoi cu program complet. Trebuie de asemenea să se respecte celelalte indicații și contraindicații ale locurilor de muncă pentru femeile cu afecțiuni genitale, așa cum au fost expuse în prima parte a lucrării.

III.3. Recuperarea femeilor cu tumori benigne ale organelor genitale

III.3.1. Tumorile benigne ale vulvei

Clasificarea anatomoclinică a acestor leziuni este dificilă, datorită varietăților lor diferite.

Chisturile vulvare sînt forma cea mai răspîndită.

— *Chisturile glandei Bartholin* sînt superficiale sau profunde, după cum leziunea se dezvoltă la nivelul canalului glandei sau în profunzime. Pot atinge mărimi impresionante, dar de obicei nu depășesc volumul unei mandarine. La examenul obiectiv apar ca o tumefiere a labiei mari interesate. De regulă sînt consecința unui proces inflamator și pot suferi modificări, în ce privește mărimea și consistența, legate de ciclul menstrual.

— *Chisturile seroase ale labiilor mari* apar în unghiul superior al labiei mari, în profunzimea sa. Au un contur ovalar și un conținut seros. Polul superior este în contact cu orificiul canalului inguinal, în care se insinuează uneori. Se mai numesc și hidrocele ale labiei mari.

— *Hidroadenomul papilifer* este o tumoră rară, nu mai mare de 1 cm, dezvoltată pe seama glandelor sudoripare din zona vulvară.

Scanned with OKEN Scanner

— *Chisturile cu origine epidermică* pot apare pe suprafața externă a labiilor mari și se pot diferenția în *chisturi epidermoide* (mici, incluse în dermul labiei), *chisturi sebacee* (ceva mai mari și uneori cu un orificiu prin care, la presiune, se exprimă sebum) și *chisturi dermoide* (63).

— **Tumorile solide** ale vulvei sînt ceva mai rare. Ele pot apare sub formă de fibroame, lipoame sau leiomioame.

În regiunea vulvară se pot dezvolta, mai rar, tumori benigne de origine vasculară *(hemangioame)* sau nervoasă *(neurinoame).*

— **Simptomatologia clinică** este comună tuturor formelor descrise. Ea se reduce cel mai adesea la apariția unei deformări în zona vulvară. Bolnava se adresează medicului pentru disconfortul pe care această tumoră îl produce.

— **Mijloacele recuperatorii medicale** se reduc la intervenția chirurgicală care constă în extirparea tumorii, act nu întotdeauna simplu, avînd în vedere zona delicată în care se lucrează și necesitatea obținerii unor rezultate funcționale (în special sexuale), maxime, fără cicatrice deformante, stenoze sau retracții.

În situația în care extensia procesului tumoral nu permite o atitudine conservatoare sau tumora recidivează, se execută, ca act operator extrem, vulvectomia.

III.3.2. Tumorile benigne ale vaginului

Apar mult mai rar sub formă de *chisturi vaginale* (de obicei un vestigiu al canalului Gartner), *leiomioame* și foarte rar *polipi.*

În general aceste tumori sînt asimptomatice și se descoperă accidental cu ocazia unui examen genital. În aceste cazuri ele nu necesită tratament. Atunci, însă, cînd volumul lor este mare trebuie să fie extirpate chirurgical. Intervențiile sînt de obicei simple cu excepția formațiunilor situate în porțiunea superioară a vaginului, mai greu accesibilă.

III.3.3. Tumorile benigne ale colului uterin

Tumorile benigne ale colului uterin își au originea în glandele endocervicale și apar sub forma de *polipi endocervicali.*

Pot rămîne multă vreme asimptomatice, dar prin dezvoltarea lor, pot hernia prin orificiul extern al colului, manifestîndu-se prin

Scanned with OKEN Scanner

metroragii (spontane sau provocate de microtraumatisme) și leucoree.

De cele mai multe ori, acești polipi sînt descoperiți ocazional la un examen cu valvele.

Recuperarea medicală se face prin mijloace chirurgicale și constă în extirparea prin torsiune cu o pensă (dacă sînt pediculați) sau prin chiuretajul endocolului (dacă sînt sesili), uneori dacă baza de implantare sîngerează, poate fi necesară electrocoagularea acestei zone.

III.3.4. Tumorile benigne ale uterului

Tumorile benigne ale uterului pot avea la origine endometrul sau fibrele musculare netede din miometru.

a) **Polipii endometriali** sînt formați dintr-o masă endometrială legată de restul mucoasei printr-un pedicul. Pot rămîne mult timp asimptomatici, iar atunci cînd ajung de dimensiuni mai mari se manifestă prin metroragii și leucoree, în cazul unei suprainfecții.

Singurele metode paraclinice de diagnostic sînt *histerosalpingografia* și *histeroscopia*.

Recuperarea medicală este chirurgicală și constă în chiuretarea cavității uterine dacă polipul este mucos. În cazul unui polip fibros poate fi necesară histerectomia.

b) **Fibromul uterin** este o tumoră solidă, benignă, formată prin proliferarea fibrelor musculare netede din miometru. El apare în general la vîrsta de 35 de ani, dar în 3% din cazuri poate fi observat și în jurul vîrstei de 20 ani. Factorii etiologici incriminați în geneza fibromului uterin au fost multiplii, dar în ultimul timp se discută tot mai mult rolul excesului de hormoni estrogeni (45).

Formele anatomopatologice sînt diferite în raportul cu segmentele uterului pe care se dezvoltă (fibroame ale corpului uterin în 96% și fibroame ale istmului și a porțiunii supravaginale ale colului). În raport cu tunicile musculare ale uterului se descriu fibromul intramural, submucos și subseros.

În foarte multe cazuri fibromul uterin rămîne asimptomatic și este descoperit accidental cu ocazia unui examen ginecologic.

Simptomatologia clinică manifestă este de fapt simptomatologia complicațiilor fibromului:

— menometroragii, mai ales în cazul fibromului submucos;

— dureri în micul bazin datorate compresiunii exercitate de tumoră. În aceste situații pot apărea și simptome din partea organelor vecine (polakiurie, retenție urinară, tenesme).

Scanned with OKEN Scanner

Examenul clinic genital evidenţiază o mărire de volum a corpului uterin. Uneori acesta poate apare neregulat boselat (în cazul unei polifibromatoze). Examenul genital trebuie să precizeze şi starea anexelor şi a perineului, precum şi prezenţa eventuală a unei incontinenţe urinare de efort.

Examinările paraclinice: *histerosalpingografia* şi *flebografia* pot contribui la precizarea numărului, sediului şi mărimii nodulilor fibromatoşi.

Evoluţia fibromului uterin de mărime mijlocie este de obicei benignă, cu tulburări moderate. După menopauză el involuează, fapt ce echivalează cu o vindecare clinică. Uneori fibromul uterin se poate complica prin hemoragii, fenomene acute de compresiune, necrobioză aseptică sau excepţional degenerescenţă malignă, situaţii ce obligă la atitudini terapeutice chirurgicale (intervenţie chirurgicală în timp util).

Fibromul asimptomatic şi necomplicat, descoperit accidental la un examen genital, nu necesită tratament.

Recuperarea medicală

Tratamentul medicamentos conservator se adresează complicaţiilor hemoragice de intensitate mică şi constă din administrarea de stiptice (Ergomet, Oxistin) şi antihemoragice (mai ales preparate de calciu). Preparatele hormonale estrogenice administrate în doze mari (eventual intravenos) pot opri hemoragia, dar este obligatorie administrarea ulterioară de progesteron.

Progestativele de sinteză, de tipul Orgametril, sînt foarte eficace în perioada premenopauzei şi permit adeseori evitarea sau amînarea unei intervenţii chirurgicale de exereză (72).

Asociaţiile de progesteron şi hormoni androgeni (preparatul românesc Lutestan) au de asemenea un efect pozitiv pentru prevenirea accidentelor hemoragice.

Tratamentul chirurgical. În situaţia în care un tratament medical bine condus şi individualizat nu poate stăpîni meno-metroragiile, apar complicaţii legate de creşterea în volum a tumorii sau necrobioza aseptică, este necesar să recurgem la tratament chirurgical (44), (48), (53). Alegerea tipului de intervenţie chirurgicală depinde de vîrsta şi paritatea bolnavei, numărul şi mărimea nodulilor fibromatoşi, leziunile asociate la nivelul anexelor sau a colului uterin.

În general la femei sub 40 de ani, fără copii şi unde nu există leziuni asociate, se va practica miomectomia, care conservă funcţia

Scanned with OKEN Scanner

menstruală şi fertilitatea. Dacă tumora este foarte extinsă sau numărul nodulilor fibromatoşi este mare, se va efectua o histerectomie subtotală sau supraistmică, conservînd anexele.

După 45 de ani se poate executa histerectomia totală cu anexectomie bilaterală, care are avantajul că elimină colul (potenţial sediu al unui proces neoplazic).

Orice intervenţie chirurgicală trebuie precedată de un bilanţ clinic complet care să evidenţieze eventualele stări patologice asociate (obezitate, tulburări cardiovasculare, teren flebitic, tulburări renale) de care trebuie ţinută seama pre- intra şi postoperator, pentru a preveni eventualele complicaţii, mai ales tromboflebita postoperatorie.

O îngrijire aparte necesită fenomenele consecutive castrării chirurgicale.

III.3.5. Tumorile benigne ale trompei

Tumorile benigne ale trompei apar foarte rar şi de obicei nu au nici o manifestare clinică.

— **Anatomopatologic** se descriu: chisturi paratubare, dintre care cele mai frecvente apar hidatidele pediculate Morgagni (vestigii ale canalului Müller), fibroame ale trompei, chisturi dermoide, polipi tubari.

Dintre toate aceste entităţi anatomopatologice, cel mai mare răsunet, pe plan clinic, îl au polipii tubari, care pot fi cauză de sterilitate.

— **Diagnosticul** se pune numai prin histerosalpingografie.

— **Tratamentul** este delicat şi aparţine microchirurgiei tubare.

III.3.6. Tumorile benigne ale ovarului

Clasificare. Tumorile benigne ale ovarului pot fi clasificate, după originea lor, în mai multe categorii (63):

— *Tumorile epiteliale* (papilomul superficial, chistul seros simplu, chistul mucoid, chistul vegetant).

— *Tumorile conjunctive* (fibromul, fibroadenomul, hemangiomul, limfangiomul).

— *Teratoamele* (chistul dermoid şi guşa ovariană).

— *Tumorile endocrine* (tecomul şi arenomul sertolian).

— **Simptomatologia** nu este caracteristică şi nici nu poate preciza natura benignă a tumorii. Bolnavele se plîng de dureri sau senza-

Scanned with OKEN Scanner

ție de apăsare în micul bazin, uneori descriu creșterea în volum a abdomenului. Tumorile endocrine se mai exteriorizează și sub forma unor tulburări de ciclu menstrual, prin insuficiență sau exces.

Examenul obiectiv evidențiază o tumoră latero-uterină de mărime și consistență variabilă, de obicei nedureroasă și mobilă.

Tumorile benigne ovariene nu se însoțesc de obicei de ascită, cu excepția entității nosologice cunoscută sub numele de *sindromul Demons-Meigs*. Acesta este constituit dintr-o tumoră ovariană benignă asociată cu ascită și colecție pleurală, care se refac repede după evacuare.

Prezența ascitei și a colecției pleurale poate preta la confuzii cu o serie de boli organice (ciroză, tuberculoză, insuficiența cardiacă sau chiar neoplasm de ovar). Tentativele de tratare a acestor boli pot amîna mult timp stabilirea unui diagnostic corect, iar afecțiunea poate lua o alură nefastă pentru bolnavă ducînd la caşexie și moarte. Vindecarea totală se produce după ablația chirurgicală a tumorii ovariene.

— **Complicații.** Chisturile ovariene neglijate pot fi sediul unor complicații și uneori diagnosticul de chist ovarian este pus în prezența complicației.

— *Torsiunea chistului* duce la comprimarea pediculului tumorii și are drept consecință fenomenul de necroză, care se exteriorizează pe plan clinic printr-un tablou de abdomen acut.

— *Ruptura chistului* se manifestă cu tabloul de abdomen acut hemoragic.

— *Infecția chistului* duce la transformarea acestuia într-un piovar cu fenomenele de infecție genitală înaltă, caracteristică.

— **Evoluția** tumorilor benigne ale ovarului este lentă și asimptomatică, astfel că uneori sînt descoperite accidentul la un examen ginecologic.

— **Tratamentul** este chirurgical și constă în anexectomie sau numai enucleerea chistului. Piesa operatorie trebuie examinată încă odată în sala de operație pentru a exclude orice semn de malignitate.

O atenție deosebită se acordă tumorilor ovariene așa-zise „de graniță“ care trebuie însă înțelese la granița tumorilor maligne, nu în cadrul celor benigne. Acestea dau metastaze abdominale la mai mulți ani, chiar la zeci de ani, de la ablația chirurgicală a tumorii primitive. Ele îmbracă uneori aspectul unor tumori chistice care adesea, în cadrul explorărilor de rutină, se puncționează în scop diagnostic. După aceste puncționări s-au descris însămînțări peritoneale sau digestive. Se impune o mare atenție, precum și intro-

Scanned with OKEN Scanner

ducerea în practică a explorărilor imunologice înaintea acestor puncții. Observații recente efectuate în cadrul medicinii interne, mai ales a gastroenterologiei, dar și a ginecologiei, au evidențiat creșterea antigenului carcinoembrionar și creșterea piscului polarogramei în tumorile maligne și cu deosebire în cazul existenței unor metastaze. Aceste dozări au și o importanță prognostică: pozitivitatea lor o perioadă de cîteva luni postoperator este un semn că mai sînt metastaze care au rămas neextirpate.

Chirurgii cu mare experiență au afirmat de mult că „tumorile vegetante ovariene dau adesea surprize rele" și că ele au evoluție imprevizibilă (44), (48).

Evaluarea capacității de muncă

Tumorile benigne ale organelor genitale feminine nu pun probleme deosebite de expertiză medicală. Recuperarea lor totală se realizează în cadrul măsurilor terapeutice ce se pot îngloba în cadrul recuperării primare. Se eliberează concediu medical pe perioada internării pentru extirparea chirurgicală a tumorii și după aceea 1—2 sau maximum trei luni în funcție de criteriile medicale (starea generală și locală a bolnavei) și cele socioprofesionale concrete ale bolnavei respective. În statistica noastră tumorile benigne ale organelor genitale au necesitat 17,6% din numărul total de zile acordate pentru boli genitale în anul 1978.

Bolnavelor cărora li s-au făcut intervenții pe cale abdominală care au necesitat incizii mari vor relua activitatea cu grijă pentru a se evita diastaza musculaturii abdominale și eventuala eventrație postoperatorie. În acest scop bolnava va purta timp îndelungat o burtieră bine strînsă și va fi plasată în locul de muncă ce nu solicită contractura musculaturii ce constituie centura abdominală și perineul.

Reluarea activității se poate începe cu program redus cu 1/4 normă.

Încadrarea în invaliditate este rar necesară și pe durată strict limitată.

În statistica noastră invaliditatea prin tumori benigne genitale operate constituie 26,68% din invaliditatea genitală totală; 20,59% reprezentînd tumorile benigne gigante de corp uterin care au evoluat cu anemie, alterarea stării generale și cu asocierea altor afecțiuni întîmplătoare care au necesitat încadrarea temporară în invaliditate și continuarea procedurilor recuperatorii în condiții de repaus profesional.

Scanned with OKEN Scanner

Locurile de muncă nepotrivite pentru femeile cu operații pentru tumori ale organelor genitale (6):

— Cele care solicită eforturi energetice mari (peste 5—6 Kcal prof/minut sau peste 3 000 Kcal prof/zi.

— Cele care se găsesc pe postamente care vibrează sau lîngă agregate în mișcare ce vibrează în timpul funcționării.

— Cele în care nu se poate evita sprijinirea pe abdomen a obiectelor cu care se lucrează, sau care solicită contractura permanentă a musculaturii centurii abdominale.

— Cele în care nu se poate evita fluctuația de temperatură (cu valori de peste +25°C și sub 10°C), umezeală, aburi, atmosferă poluată.

— Cele care solicită în permanență ortostatism, deplasări posturale mai mult de 60% din timpul normal de lucru, aplecări, poziții de înghemuit, urcatul și coborîtul scărilor, acționarea mașinilor și agregatelor cu picioarele.

— Cele în care nu se poate evita temperatura scăzută sub 10°C: frigul determină o antiperistaltică genitală ce poate transporta bacterii sau secreții menstruale excitante spre trompe sau peritoneu, contribuind astfel la producerea sau propagarea inflamațiilor.

Modificarea sau chiar schimbarea locurilor de muncă este necesară atunci cînd:

— masa de lucru este prea înaltă sau prea joasă;

— scaunul sau banca de șezut nu sînt potrivite cu înălțimea, lățimea sau nu au o spetează potrivită;

— sînt prezente substanțe toxice la locul de muncă;

— femeia are anumite fenomene clinice (ameteli, transpirații, modificări ale culorii tegumentelor) la mediul de lucru cu temperaturi mai ridicate (peste 23—24°);

— în situația locurilor de muncă nepotrivite menționate mai sus.

III.4. Recuperarea femeilor cu endometrioză

Endometrioza constă în prezența țesutului endometrial în afara cavității uterine, fie în grosimea miometrului *(endometrioză internă)*, fie la nivelul altor organe și țesuturi *(endometrioză externă)*.

Focarele sînt formate din tubi glandulari înconjurați de corion și adesea de fibre musculare netede, realizînd un „miniuter". Aceste focare reacționează la hormonii steroizi circulanți prin proliferarea și descuamarea ciclică, realizată în mod fiziologic la nivelul endometrului (3), (57).

Scanned with OKEN Scanner

În jurul acestor zone de endometru aberant se produce o reacție de tip inflamator cu modificări conjunctive și fibroase.

Endometrioza se întîlnește de obicei la femeile între 30 și 40 de ani. Dacă se fac examinări histologice sistematice se constată frecvent. Este asociată cu fibromul, cu retrodeviația uterină și anexitele.

— **Patogenia** este insuficient clarificată. Sînt incriminate unele manopere ginecologice ca bunăoară: chiuretajul, histerosalpingografia, insuflația trompelor în zilele care preced menstruația, operația cezariană.

— **Simptomatologia.** Bolnava se prezintă la consultații pentru dureri în pelvis, sub forma unei dismenorei secundare și progresive, care se agravează treptat. Uneori dismenoreea apare numai în ziua a 2-a a menstruației, intensă și neinfluențată de medicația antialgică uzuală.

Metroragiile sînt prezente. Sterilitatea însoțește adesea endometrioza. Există o dispareunie și uneori dureri la defecație, cînd localizarea este în spațiul rectovaginal.

Examenul obiectiv evidențiază uterul mai mare și dureros. Într-un fund de sac se pot palpa modificări sub formă de retracții ale țesuturilor care sînt dureroase. Ligamentele uterosacrate sînt retractate și sensibile.

Examenul cu speculul și valve evidențiază chisturi albăstrui pe vagin și pe col.

Histerografia arată lezinui de adenomioză la nivelul uterului, cu cavitatea mare; trompele au o imagine de boabe de vîsc în regiunea istmică.

Celioscopia precizează focarele de endometrioză care pot apare sub forma unor granule grupate, uneori înconjurate de sînge negru.

— **Prognosticul.** Luînd în considerare toate procedeele terapeutice, vindecarea este apreciată la 90% din cazurile tratate. Nu trebuie omis faptul că sarcina are un efect favorabil asupra evoluției endometriozei, iar menopauza duce de obicei la vindecare.

Evaluarea capacității de muncă

La majoritatea bolnavelor cu endometrioză, evaluarea capacității de muncă nu constituie o problemă deosebit de grea. Dacă se aplică tratament corespunzător și în timp util, sînt recuperabile în cadrul concediului medical ce se acordă în mod obișnuit acestor bolnave, care de regulă își reiau activitatea profesională anterioară cu precauțiile asupra cărora s-a insistat mai sus.

Uneori este necesară schimbarea locului de muncă.

Scanned with OKEN Scanner

Măsurile medicale de recuperare. Tratamentul are drept scop înlăturarea focarelor de țesut endometrial aberant pe cale chirurgicală sau prin blocarea lor „funcțională", scăzînd nivelul hormonilor steroizi circulanți (prin acțiune directă sau indirectă asupra ovarelor).

Tratamentul conservator se bazează pe utilizarea progestativelor de sinteză administrate izolat (Orgametril) sau în asociație estroprogestativă (pilule anticoncepționale). În primul caz se realizează o situație biologică de „pseudosarcină", în al doilea funcția menstruală este păstrată. Tratamentul trebuie continuat cel puțin șase luni (78).

Tratamentul chirurgical apare indicat cînd tratamentul medicamentos rămîne fără efect (leziuni extinse), este contraindicat sau netolerat.

Exereza se adresează numai focarului de țesut ectopic atunci cînd acesta este bine circumscris sau cînd bolnava este tînără și dorim să îi conservăm fertilitatea. În cazurile în care nu sîntem constrînși și la o atitudine conservatoare, chirurgia radicală cu extirparea uterului și anexelor este, uneori, singura soluție care asigură vindecarea.

În cazul unei contraindicații de ordin general pentru intervenția chirurgicală, se poate recurge la castrarea radioterapică, administrînd doze de 1 500—2 000 R.

Măsurile socioprofesionale de recuperare sînt cele descrise la capitolul anterior (III.3.).

III.5. Recuperarea femeilor cu infecții ale aparatului genital

Infecțiile aparatului genital feminin sînt produse de agenți microbieni, micotici sau parazitari. Ele se pot localiza din punct de vedere anatomoclinic la nivelul oricăruia din segmentele aparatului genital feminin.

Prin consecințele pe care le determină asupra procesului de reproducere și a capacității de muncă a femeii, ele sînt de importanță deosebită întrucît un mare număr de femei pot fi scoase temporar sau uneori chiar definitiv din producție datorită afecțiunilor inflamatorii genitale însăși sau a urmărilor acestora (48).

Scanned with OKEN Scanner

În mod fiziologic, organele genitale sînt protejate împotriva infecțiilor în primul rînd mecanic, prin anatomia vulvei, segmentul lor cel mai extern. Astfel apropierea labiilor și mai ales prezența himenului la virgine împiedică pătrunderea în segmentele superioare a unor agenți patogeni infecțioși.

Prezența unor glande cu secreție externă la nivelul diferitelor segmente ale aparatului genital feminin realizează și o protecție chimică, astfel în vulvă pH-ul este alcalin, în vagin acid, în col din nou alcalin, iar în uter din nou acid. Buna funcționare a acestei bariere chimice este sub dependența secreției hormonale a ovarelor. Orice element care slăbește sau distruge barierele naturale de apărare facilitează accesul unor agenți infecțioși în căile genitale. Astfel între factorii care facilitează dezvoltarea unor procese inflamatorii la nivelul organelor genitale sînt citați:

— traumatismele vulvo-vaginale (deflorare, introducerea de corpi străini în scop de masturbare, nașterile laborioase, incorect asistate, soldate cu leziuni extinse de părți moi, anticoncepția cu pesar intravaginal sau dispozitiv intrauterin;

— lipsa de igienă intimă sau excesul acesteia (iritații produse de spălături vaginale prea frecvente, sau de substanțele utilizate în acest scop);

— excesul sexual sau sexualitatea dezordonată;

— manopere medicale (exploratorii sau curative) cu instrumente nesterile;

— manopere mecanice (criminale) în scop abortiv;

— infecții generale (gripă, scarlatină, febra tifoidă, septicemii) sau boli metabolice (diabetul) care scad capacitatea de apărare a organismului;

— disfuncții hormonale care scad nivelul estrogenilor și modifică chimismul genital;

— munca grea, în condiții de frig și umezeală, sau în mediu toxic;

— stresul emoțional.

Propagarea agenților infecțioși la diferite segmente ale sferei genitale se poate face: a) prin continuitate la nivelul tractului genital (ascendent sau descendent); b) pe cale sanguină; c) pe cale limfatică; d) prin contiguitatea de la organele vecine.

Evoluția proceselor inflamatorii genitale poate fi acută, subacută sau cronică, iar după agentul patogen cauzal, ele pot fi împărțite în infecții specifice și nespecifice.

Scanned with OKEN Scanner

III.5.1. Infecţii nespecifice

III.5.1.1. Vulvovaginitele

Sînt consecinţa acţiunii unui agent infecţios la nivelul vulvei şi vaginului. Avînd în vedere relaţiile anatomice de continuitate ale acestor două segmente, ele sînt în general infectate concomitent. Fac excepţie, uneori de la această situaţie, virginele la care prezenţa himenului poate limita infecţia la nivelul vulvei.

— **Simptomatologia** vulvovaginitelor are cîteva elemente comune: bolnava se plînge de dureri în zona vulvară, senzaţie de arsură sau prurit, accentuate în timpul micţiunilor. Uneori mersul şi poziţia şezîndă accentuează aceste simptome. Leucoreile anormale (uneori acestea apar ca un unic simptom) şi stările febrile completează tabloul clinic.

Examenul obiectiv genital evidenţiază congestie şi edem la nivelul mucoasei vulvare şi vaginale, leucoree mai mult sau mai puţin abundentă şi de diferite aspecte. Tuşeul vaginal şi examenul cu valvele sînt dureroase şi uneori imposibile datorită contracturii reflexe a musculaturii perineale.

Punerea în evidenţă a agentului patogen este extrem de importantă. Ea se poate face prin examenul extemporaneu al secreţiei vulvovaginale, prin executarea unui frotiu colorat pe lamă sau prin efectuarea de culturi (în aerobioză sau anaerobioză) şi antibiograme din aceste secreţii. Pentru punerea în evidenţă a agentului patogen este utilă, şi adeseori absolut necesară, examinarea partenerului.

Fiind vorba de infecţii trebuie să se excludă din cadrul descris vulvovaginitele hormonale prin exces de tratamente endocrine, vulvovaginitele senile şi vulvovaginitele tinerelor fete (care se datoresc unor dezechilibre neuroendocrine).

În funcţie de agentul infecţios care stă la baza fenomenelor de vulvovaginită, acestea pot fi clasificate în următoarele grupe:

Vulvovaginite microbiene

— **Infecţia gonococică** este produsă de diplococul Neisser sau gonococ. Contaminarea este aproape exclusiv venerică, dar se acceptă mai ales la fetiţe contaminarea mediată prin obiecte de îmbrăcăminte sau de toaletă anterior infectate.

Clinic, infecţia se caracterizează prin apariţia unei leucoree, purulente, verzui, foarte abundentă în care la examinarea bacteriologică se evidenţiază diplococi intracelulari Gram-negativi.

Scanned with OKEN Scanner

Nu întotdeauna însă infecția gonococică se manifestă acut. Ea poate lua o alură cronică și în aceste situații evidențierea germenului poate fi foarte dificilă.

Tratamentul clasic se bazează pe administrarea parenterală de doze mari de penicilină, eventual în asociație cu streptomicină. Apariția de forme de gonococ rezistențe la penicilină și la o serie de alte antibiotice pune în discuție administrarea de kanamicină 1 g/zi, sub controlul funcției renale, fără a depăși cantitatea de 7 g, sau mai recent administrarea unei prize unice de 900 mg rifampicină. Tratamentul trebuie aplicat și partenerului.

Vindecarea este de obicei completă atunci cînd tratamentul este început în timp util. Într-un procentaj demn de luat în seamă însă, gonococul poate parcurge filiera genitală pînă la nivelul trompelor, cu efecte dezastruoase asupra fertilității femeii.

— **Vulvovaginitele cu floră microbiană nespecifică** pot avea ca agent patogen orice germen microbian existent în căile genitale în cadrul florei saprofite vulvovaginale, care, în anumite condiții favorizante, își exacerbează virulența și devine patogen (9).

Boala poate fi produsă de un singur germen sau de o asociație microbiană, se poate grefa pe o leziune preexistentă la nivelul vulvei și vaginului și poate fi întreținută de factori mecanici.

Simptomatologia este cea descrisă mai sus.

Tratamentul. Pentru un tratament eficient, este indispensabilă izolarea agentului sau agenților patogeni pe medii de cultură și efectuarea unei antibiograme. Pe baza acesteia se instituie un tratament antibiotic parenteral în doze cu o durată suficientă.

Tratamentul local se poate rezuma la irigații cu substanțe antiseptice și igienă corectă; majoritatea autorilor sînt de părere că antibioticul de elecție trebuie administrat și local, sub formă de ovule vaginale, în asociație cu mici doze de estrogeni și vitamina A, care ameliorează troficitatea mucoasei vulvovaginale.

Vindecarea este de obicei completă, dar trebuie luat în considerare și tratamentul partenerului la care infecția se poate extinde uneori venerian și se manifestă sub formă de uretrită nespecifică cu simptomatologie adeseori minimă.

— **Bartholinita** este o formă mai deosebită de infecție genitală cu germeni nespecifici sau gonococi localizată la vulvă. Agentul patogen ajunge la nivelul glandei pe cale ascendentă prin canalul excretor și provine din flora vulvovaginală.

Clinic, labia apare tumefiată și sînt prezente semnele de inflamație.

Scanned with OKEN Scanner

Evoluția poate fi acută (cu transformarea glandei într-un abces care, în cazurile neglijate, poate fistuliza spontan), sau cronică, situație în care glanda se transformă într-un chist.

Tratamentul cu antibiotice poate duce la o rezolvare favorabilă în faza acută nesupurată. Prezența unui abces impune o incizie largă și drenaj cu meșă. Chisturile bartholiniene pot fi extirpate chirurgical în totalitate sau numai marsupializate. În cazul unui tratament incomplet boala poate recidiva.

Vulvovaginitele parazitare

— **Vulvovaginita cu** *trichomonas vaginalis* este produsă de parazitul cu același nume. Contagiunea este aproape exclusiv venerianã și foarte rar mediată de obiecte contaminate.

Clinic, apare o leucoree caracteristică, spumoasă, în care parazitul poate fi evidențiat prin examen microscopic extemporaneu sau prin coloratia May-Grünwald-Giemsa. Adeseori parazitul poate fi izolat și din sedimentul urinar.

Tratamentul se bazează pe administrarea orală, concomitent la bolnavă și partener, a unui derivat nitroimidazolic (Flagyl, Metronidazol) în comprimate de 250 mg, 2—4/zi, timp de 10 zile. În plus, bolnava va aplica local — intravaginal — cîte un comprimat de 500 mg din același preparat. Aceste medicamente sînt contraindicate la gravide în primele luni de sarcină și în lăuzie.

În ultima vreme se citează rezultate bune cu preparatul Fasigyn (tinidazol) administrat în doză unică de 2 g pe cale orală, la ambii parteneri. Pe durata tratamentului se indică întreruperea vieții sexuale și reluarea sa numai după un control parazitologic, care să confirme vindecarea.

— **Vulvovaginita** *cu „entamoeba histolytica“* poate apare la femeile ce prezintă amebiază intestinală.

Clinic, pe lîngă leucorea seropurulentă, pot apare și mici ulcerații ale mucoaselor.

Tratamentul se bazează pe administrarea orală de Fasigyn 2 g/zi în priză unică, timp de trei zile, sau 600 mg/zi, în două prize, timp de cinci zile. Local se pot face aplicații de pulbere de saprosan.

Vulvovaginitele micotice

Vulvovaginitele micotice sînt mai frecvente în zilele noastre datorită folosirii pe scară largă a antibioticelor și, se pare, datorită utilizării „pilulelor“ anticoncepționale. Agenții patogeni implicați

Scanned with OKEN Scanner

sînt diferite tipuri de ciuperci cea mai frecventă fiind *candida albicans*. Infestarea se produce pe cale venerianâ sau mediat prin obiecte anterior infestate.

Clinic, leucoreea are un aspect caracteristic cazeos, ce prezintă o accentuare premenstruală și este acompaniată de prurit.

Agentul patogen se identifică prin examinare extemporanee pe lamă, în frotiu colorat sau în culturi pe mediu Sabouraud.

Tratamentul se bazează pe alcalinizarea mediului vaginal, prin irigații cu soluție bicarbonatată și aplicarea de ovule cu Stamicin. Se administrează de asemenea pe cale orală, atît bolnavei, cît și partenerului, 3×2 drageuri de Stamicin timp de 10 zile. În ultima vreme se obțin rezultate bune prin utilizarea locală a preparatului Canestan (clotrimazol). Rezultatul tratamentului trebuie urmărit timp îndelungat prin examinări repetate deoarece infestațiile cu ciuperci pot fi deosebit de rezistente la tratament și uneori ne obligă la colaborarea cu specialistul dermatolog.

Vulvovaginita cu organisme L

Vulvovaginita cu organisme L (pleuro-pneumonia like organismus — P.P.L.O.) este produsă de agenți considerați ca infragermeni, derivați din aceștia, sub influența unor factori externi (unele substanțe chimice sau raze). Această formă de infecție trebuie suspectată în situațiile în care nu se poate izola un alt agent patogen. Reacționează bine la antibiotice din grupul tetraciclinei.

Vulvovaginitele de origine virotică

Vulvovaginitele de origine virotică au ca agent patogen virusuri de diferite tipuri. Formele clinice mai răspîndite sînt:

— **Herpesul vulvar** numit și catamenial, datorită acutizărilor din timpul ciclului. Agentul patogen implicat este un virus neuroectodermotrop.

Clinic, leziunea apare sub formă de vezicule în ciorchine, cu bază eritematoasă. Bolnava acuză dureri vii și senzație de arsură. După cîteva zile veziculele se sparg și lasă o eroziune ce se epiteliază lent.

— **Zona zoster vulvară** este produsă de un virus dermo- și neurotrop. Leziunea se prezintă sub forma de placarde eritemato-veziculoase, ce apar pe un traiect nervos. Veziculele se rup și apoi lasă cicatrice definitive.

— **Aftele genitale** au tot o origine virală și apar sub forma unor vezicule ce se sparg și lasă o eroziune, care se cicatrizează lent.

Scanned with OKEN Scanner

Infecţiile virale menţionate nu au un tratament specific. S-au descris rezultate bune cu antibiotice de tipul tetraciclinei. Tratamentul local se bazează pe aplicarea de pudre sicative în prima fază, apoi unguente pe bază de antibiotice şi hidrocortizon. Dacă acuzele sînt foarte greu suportate de bolnavă, se pot administra antialergice şi tranchilizante minore. Un rol important are refacerea stării generale prin administrarea de tonice şi roborante.

— **Vegetaţiile veneriene sau condiloamele acuminate** constituie altă afecţiune vulvovaginală produsă de un virus epiteliotrop. Contagiunea se produce pe cale venerianã. Leziunea se prezintă sub forma unor vegetaţii care, neglijate, pot ajunge la dimensiuni foarte mari. Tratamentul se face prin electrocoagulare sau aplicaţie de podofilină după o prealabilă izolare a tegumentelor şi mucoaselor sănătoase.

Vulvovaginitele mixte

Vulvovaginitele mixte se produc prin asocierea a doi sau mai mulţi dintre agenţii infecţioşi amintiţi mai sus.

Simptomatologia este polimorfă, iar tratamentul complex, trebuie să se adreseze fiecărui agent etiologic în parte.

III.5.1.2. Cervicitele

Cervicitele sînt inflamaţii ale colului uterin care apar de cele mai multe ori în asociaţie cu vulvovaginitele. Semnificaţia lor este deosebită, pe de o parte, datorită faptului că glera cervicală reprezintă un ultim obstacol în propagarea unui proces infecţios spre uter şi anexe, iar pe de altă parte cervicitele neglijate sînt considerate ca adevărate leziuni precanceroase, ce pot sta la baza dezvoltării unui proces malign (43).

Din punct de vedere al extinderii infecţiei ne putem afla în faţa unei *exocervicite* sau unei *endocervicite*, în cazul extinderii infecţiei în canalul cervical. Afecţiunea poate evolua acut, subacut sau cronic, atunci cînd procesul inflamator a fost multă vreme neglijat.

Agenţii patogeni implicaţi în apariţia cervicitelor sînt ca şi în cazul vulvovaginitelor extrem de variaţi şi pot acţiona izolat sau în asociere (63).

— **Simptomatologia** cervicitelor este dominată de leucoree, care poate să fie purulentă sau gleroasă — pătează lenjeria — şi formează cruste producînd iritaţii vulvare. Leucoreea poate fi însoţită de dureri pelviene sau lombosacrate, dispareunie înaltă, astenie, febră.

Scanned with OKEN Scanner

Examenul cu speculul evidenţiază:

— în exocervicite un ectropion infectat sau o ectopie infectată cu zone roşii mai mult sau mai puţin erodate în jurul orificiului uterin, care uneori sîngerează la contact. Dacă infecţia este localizată la exocol, glera din endocol este limpede.

— În endocervicite, exocolul ne apare de multe ori normal, dar exprimîndu-l cu valvele se elimină din canalul cervical o gleră ca albuşul de ou, însă tulbure, care examinată la microscop este plină de microbi.

Tuşeul vaginal constată: dureri la presiunea corpului şi a fundului uterin care are semnificaţia unei metrite, durerea produsă de mobilizarea colului ce semnifică o interesare a bazei ligamentului larg, a parametrului.

Pentru precizarea diagnosticului şi a stadiului evolutiv sînt necesare *examenul bacteriologic,* identificarea germenilor, testarea sensibilităţii lor la antibiotice şi frotiul vaginal şi cervical Papanicolau-Babeş pentru a face diagnosticul diferenţial cu cancerul de col.

Coloscopia precizează leziunile suspecte şi orientează eventual o biopsie în cazul în care suspectăm un neoplasm.

— **Tratamentul** cervicitelor va cuprinde: manopere locale, antibiotice, electrocoagulare.

— Antibioticele vor fi prescrise după ce am izolat germenii şi am testat sensibilitatea lor.

— Irigaţiile vaginale cu soluţii dezinfectante: pansamentele pe col cu glicerină sulfamidată, ovulele vaginale cu antibiotice au ca scop dezinfecţia locală, descongestionarea colului şi sterilizarea lui.

— Electrocoagularea constă într-o coagulare superficială a suprafeţei erodate. Se formează o escară care se elimină obişnuit după aproximativ 20 de zile cînd este posibilă o hemoragie de obicei de mică importanţă. După electrocoagulare este indicată în prima lună, seara, o irigaţie dezinfectantă fără presiune puternică şi introducerea unui ovul de ovestrol sau cu antibiotice, mici doze de estrogen şi vitamina A, care grăbesc epitelizarea (56).

III.5.1.3. **Infecţiile uteroanexiale acute**

Sînt consecinţa dezvoltării unor germeni patogeni la nivelul uterului, trompelor şi ovarelor. În marea majoritate a cazurilor infecţia nu rămîne cantonată la nivelul uterului (endometrita şi miometrita sînt doar primele etape evolutive), ci cointeresează întregul ansamblu uteroanexial şi îmbracă de obicei aspectul de *anexită acută.*

Scanned with OKEN Scanner

— **Simptomatologia** constă din dureri hipogastrice, febră, amenoree (care poate sugera o sarcină). Se pot asocia fenomene patologice de acompaniament din partea organelor vecine (polakiurie, disurie, tenesme rectale, greţuri şi vărsături, tulburări de tranzit). Obiectiv, bolnava este febrilă (valori pînă la 40°C) şi tahicardică, în concordanţă cu febra. Starea generală este relativ bună.

Examenul clinic al abdomenului evidenţiază, la palpare, sensibilitate mai mult sau mai puţin marcată în zona hipogastrică şi în fosele iliace (uni- sau bilateral). În această etapă nu apare contractură musculară. Examenul genital poate evidenţia o infecţie vulvovaginală posibilă sursă de contagiune ascendentă. De o mare importanţă este aspectul colului uterin, deoarece unii autori susţin că în prezenţa unui col normal cu o gleră cervicală de aspect normal, diagnosticul de infecţie uteroanexială poate fi exclus aproape cu certitudine.

Tuşeul vaginal trebuie efectuat cu blîndeţe, deoarece primul element patologic pe care-l relevă este durerea la palparea colului, uterului sau a fundurilor de sac. Este important de notat mobilitatea uterului şi eventuala durere la tentativele de mobilizare, care evocă propagarea infecţiei în parametre. Un alt element patologic relevat de tuşeul vaginal este modificarea morfologică ale zonelor anexiale, de la simple impăstări, pînă la prezenţa unor tumori uni- sau bilaterale, de mărime variabilă.

Examinările paraclinice necesare de urgenţă sînt: leucograma şi V.S.H. De asemenea de o deosebită importanţă sînt examinările bacteriologice din secreţiile patologice de la nivelul sferei genitale (vulvă, vagin, endocol) care permit izolarea germenului sau a asociaţiei de germeni implicaţi în procesul inflamator, precum şi testarea sensibilităţii lor la diferite antibiotice.

În ultimii ani o serie de autori susţin rolul important, chiar indispensabil, al celioscopiei de rutină pentru confirmarea unui diagnostic de infecţie uteroanexială acută, pentru precizarea extinderii leziunilor şi a stadiului evolutiv, precum şi pentru prelevarea de secreţii în vederea examinărilor bacteriologice sau chiar pentru acte terapeutice (puncţionarea unei colecţii tubare, de exemplu).

Complicaţii. În situaţia în care infecţia este foarte gravă sau tratamentul este insuficient, *anexita acută poate evolua spre complicaţii,* forme severe de infecţie uteroanexială:

— **Piosalpinxul** constă în dezvoltarea unui proces supurativ la nivelul trompei. Complică o anexită acută în circa 10% din cazuri.

Scanned with OKEN Scanner

— **Abcesul ovarian** este mult mai rar și apare doar cînd agentul patogen depășește albugineea ovarului (de obicei prin intermediul unui folicul rupt), germenii provin fie din trompă, fie prin contiguitate de la organele vecine (de exemplu în cazul unei apendicite).

— **Abcesul tuboovarian** este aspectul morfopatologic cel mai adesea întîlnit și înglobează, într-un bloc tumoral inflamator, întreaga anexă.

Simptomatologia acestor complicații se suprapune cu cea a anexitei, dar apar unele nuanțe:

— curba febrilă evocă o supurație (afebrilă sau subfebrilă dimineața, febră mare seara);

— la tușeul vaginal se evidențiază o masă tumorală, uni- sau bilaterală, laterouterin, separată de acesta printr-un mic șanț de demarcație.

Formele supurative ale infecțiilor uteroanexiale descrise mai sus se pot complica la rîndul lor, în lipsa unui tratament adecvat. Complicațiile se datorează ruperii sau fistulizării colecțiilor purulente în micul bazin și pot apare sub formă de:

— **Pelviperitonită** caracterizată prin extinderea procesului inflamator la peritoneul pelvian. În aceste cazuri ansele intestinale și marele epiploon acoperă pelvisul prin aderențe solide cu uterul și anexele tinzînd să blocheze procesul inflamator la acest nivel și să evite propagarea sa la marea cavitate peritoneală.

Clinic se caracterizează prin agravarea fenomenelor descrise anterior. La *tușeul vaginal,* micul bazin apare blocat de un conglomerat tumoral în care nu se mai pot distinge elementele anatomice. *Palparea abdomenului* relevă apărare și contractură musculară în etajul inferior, dar aceasta nu depășește niciodată ombilicul.

— **Abcesul fundului de sac Douglas** constă în acumularea unei colecții purulente în acest punct decliv al cavității peritoneale. Originea acestei colecții este de cele mai multe ori o infecție acută uteroanexială.

Clinic se manifestă cu o senzație de corp străin în micul bazin și cu semne de iritație a segmentului terminal al tubului digestiv.

Tușeul vaginal combinat cu cel rectal evidențiază o tumoră retrouterină situată median, elastică, fluctuentă și sensibilă. Important este faptul că, spre deosebire de piosalpinx, în abcesul fundului de sac Douglas, chiar dacă se extinde și laterouterin, nu apare nici o zonă de demarcație între uter și tumoră. Dintre examinările paraclinice un rol important îl are puncția fundului de sac Douglas, manoperă totodată diagnostică (prelevă material pentru examinările bacteriologice) și terapeutică (evacuează colecția).

Scanned with OKEN Scanner

— **Infecția parametrelor** este o localizare din ce în ce mai rară. Tabloul clinic obișnuit al unei infecții uteroanexiale se agravează atunci cînd sînt cointeresate și parametrele, iar la examenul local se decelează o împăstare a unui fund de sac lateral, nediferențiată de corpul uterin, dar care respectă fundul de sac Douglas. Uneori împăstrarea se poate transforma într-o masă tumorală, de consistență lemnoasă sau fluctuentă (atunci cînd s-a format o colecție purulentă). Această formă anatomopatologică de infecție uteroanexială poartă numele de flegmon al ligamentului larg și apare mai ales consecutiv unei infecții puerperale sau după avorturi infectate.

— **Peritonitele primitive** de origine genitală sînt extrem de rare în zilele noastre. Clasic, prototipul lor este peritonita consecutivă unei infecții gonococice masive. Debutul lor este impresionant cu febră, tahicardie, grețuri și vărsături, balonare și dureri abdominale cu contractură și apărare musculară.

Paradoxal acest tip de peritonită nu este de cele mai multe ori o boală chirurgicală și se rezolvă în cîteva zile cu un tratament conservativ corect. Condiția importantă însă este evitarea confuziei cu o peritonită de origine apendiculară.

— **Peritonitele secundare** apar în cazul infecțiilor uteroanexiale, datorită extinderii procesului inflamator de la nivelul pelvisului la marea cavitate peritoneală (ruperea unui abces tuboovarian, extinderea unei pelviperitonite). Spre deosebire de peritonita primitivă, în aceste cazuri fenomenele de iritație peritoneală cu apărare musculară generalizată, vărsături și sistarea tranzitului intestinal sînt clare și imprimă o atitudine activă chirurgicală.

— **Infecții uteroanexiale subacute** apar în „epoca antibioticelor" din ce în ce mai frecvent. Este vorba de obicei de infecții „decapitate" printr-un tratament antibiotic insuficient calitativ sau cantitativ. Elementele diagnostice nu pot fi sistematizate. Cel mai constant simptom este *durerea* cu localizare și intensitate variabilă, fără a avea însă un caracter acut, acompaniată de *metroragii de importanță variabilă,* leucoree și astenie, precum și subfebrilități vesperale.

Examenul genital prin tușeu vaginal evidențiază leziuni de tip tumoral laterouterine cu extindere mare, în discordanță cu semnele generale reduse.

Examinări paraclinice. V.S.H. este de obicei crescut. În aceste cazuri, majoritatea autorilor sînt de acord că examenul celioscopic are un aport diagnostic esențial.

Scanned with OKEN Scanner

Profilaxia primară. Un rol important pentru prevenirea infecțiilor uteroanexiale îl are profilaxia și tratamentul preventiv al infecțiilor veneriene, în particular al gonocociilor, profilaxia infecțiilor vulvovaginale și cervicale. Orice manoperă terapeutică sau exploratorie a organelor genitale feminine trebuie precedată de excluderea unui proces inflamator. S-a susținut chiar ca aceste manopere să fie acompaniate de un tratament antibiotic, pentru prevenirea unor pusee de infecție.

Tratamentul curativ se bazează în primul rînd pe administrarea de antibiotice. Avînd în vedere marea gamă de antibiotice existente, alegerea este dificilă și ideal este ca să se administreze preparate la care germenul patogen infectant este sensibil. Pînă la obținerea unei antibiograme însă, se pare că cele mai bune rezultate se obțin cu asociațiile de:

Ampicilină 2 g+*oxacilină* 2 g/24 ore, sau *ampicilină* 2 g+*gentamicină* 80 mg+*metronidazol* 2 g/24 ore. Această din urmă combinație are avantajul de a acoperi și spectrul anaerob (14), (55).

Administrarea antibioticului sau a asociației de antibiotice trebuie continuată un timp suficient de îndelungat și după cura de atac este, uneori, necesară o cură de întreținere.

La bolnavele care prezintă o insuficiență renală acută sau cronică trebuie ținut cont de faptul că unele antibiotice sînt nefrotoxice, iar altele care se elimină renal se pot acumula în organism și devin toxice prin cantitatea lor crescută. În aceste situații va trebui să ținem seama de concentrația creatininei serice și, în funcție de aceasta, să micșorăm dozele administrate și să mărim intervalul posologic (14). Administrarea de antibiotice trebuie uneori asociată cu *corticoterapia* (prednison 20—30 mg/zi, 7 zile, apoi doze descrescînde pînă la o doză de întreținere timp de 2—3 săptămîni).

Substanțele antiinflamatorii se administrează în fazele mai tardive. În timpul tratamentului bolnava va păstra repaus la pat. În perioada febrilă se va administra regim alimentar lactat-hidrozaharat. Se va asocia tratament simptomatic (antispastice, antialgice, sedative). Punga cu gheață remediu clasic, nu și-a pierdut importanța și trebuie utilizată în faza acută.

În situațiile în care tratamentul a fost instituit tardiv și eventual incomplet, infecția poate progresa către o formă gravă. În aceste cazuri trebuie să recurgem la *tratamentul medico-chirurgical.* Latura medicală a acestui tratament trebuie să asigure o reanimare și terapie intensivă susținută, pre-, intra- și postoperatorie. Se detașează în această situație cazurile de avort septic complicate cu

Scanned with OKEN Scanner

șoc endotoxic, unde, pe lîngă manoperele terapeutice obișnuite, se aplică exsanguinotransfuzie și chiar dializa extrarenală. Avînd în vedere prezența foarte frecventă în aceste cazuri a unui proces de coagulare intravasculară diseminată, heparina devine un medicament de prima importanță în arsenalul terapeutic utilizat (5), (60),

Tratamentul chirurgical se adresează fie colecțiilor purulente din micul bazin, fie unei peritonite.

— *Abcesul fundului de sac Douglas* se evacuează pe cale joasă, transvaginal prin colpotomie și drenaj.

— *Flegmonul ligamentului larg* poate fi drenat pe cale joasă dacă este abordabil; în caz contrar se deschide abdomenul.

— *Piosalpinxul* colectat, cu stare generală alterată progresiv, este indicat a fi extirpat la cald. În cazul în care procesul inflamator se circumscrie și starea generală se ameliorează, intervenția poate fi efectuată la rece.

— *Peritonita generalizată,* primitivă sau secundară (prin extinderea unei pelviperitonite sau ruperea unui piosalpinx), constituie o mare urgență medico-chirurgicală.

Calea de abordare este celiotomia mediană subombilicală, iar deschiderea abdomenului trebuie urmată de un bilanț atent și complet al leziunilor. Corelînd acest bilanț lezional cu vîrsta și paritatea femeii, precum și cu leziunile asociate, procedeul chirurgical de urmat este:

— *conservativ* la femeile tinere și fără copii, cînd intervenția se va limita la drenarea colecțiilor purulente, încercînd să conserve cît mai mult organele genitale interne în vederea conservării fertilității;

— *exereza radicală,* respectiv *histerectomia totală* cu *anexectomie bilaterală,* se impune la femeile ce se află în preajma menopauzei. La cazurile în care decolarea anexei afectate nu este posibilă, se va efectua histerectomie transversă continuă, pornind din partea sănătoasă sau mai ușor accesibilă. Histerectomia se impune atunci cînd se execută anexectomie bilaterală.

Drenajul larg al cavității peritoneale, eventual și transvaginal, este necesar cel puțin pînă la reluarea tranzitului. Evoluția postoperatorie este în general bună și starea generală a bolnavei se ameliorează rapid.

Tratamentul de întreținere este absolut necesar timp de mai multe luni pentru a asigura, dacă nu o vindecare completă, cel puțin un minimum de sechele.

Programul de recuperare va cuprinde antibiotice și antiinflamatorii administrate discontinuu, aproximativ 15 zile pe lună, timp de șase luni. Perioada de tratament trebuie să includă ciclul mens-

Scanned with OKEN Scanner

trual. După șase luni este bine să se facă un bilanț al leziunilor restante care pot exista sub formă de aderente laxe sau strînse, anomalii de poziție ale uterului, hidrosalpinx. Aceste fenomene sechelare pot fi mai mult sau mai puțin manifeste pe plan clinic, astfel că nu întotdeauna se poate face un paralelism între semnele funcționale și leziunile anatomice.

III.5.1.4. Infecțiile uteroanexiale cronice

Urmare a progreselor realizate în tratamentul infecțiilor uteroanexiale acute, infecțiile cronice au scăzut foarte mult în frecvență, astfel că unii autori se întreabă chiar dacă ele mai există sau au devenit un mit și anume un mit periculos pentru că poate duce la abuzuri terapeutice.

În acest context, diagnosticul de infecție uteroanexială cronică nu trebuie acceptat decît în prezența unor semne biologice de inflamație evidente a unor modificări histopatologice precise și a unui tablou celioscopic evocator (avînd în vedere că celioscopia a intrat de acum în arsenalul procedeelor exploratorii de rutină în ginecologie). Nu trebuie omis faptul că sînt bolnave care trăiesc într-un climat biopsihosocial disarmonic, care prezintă dereglări psihosomatice, pentru care diagnosticul de „anexită cronică" este comod și le permite justificarea în familie și societate a frigidității, oboselii, durerilor cu caracter bizar sau a devianțelor caracteriale mai ales de tip pasiv.

Simptomatologia funcțională pentru care bolnava se prezintă la consultație se suprapune cu cele trei mari sindroame din ginecologie (durere, hemoragie, leucoree).

— *Durerea* îmbracă un caracter extrem de polimorf. R. Leriche spunea „durerea are o viață personală egoistă, schimbătoare, nuanțată și mobilă și nu îi pasă de purtătoarea ei".

— *Leucoreea* are de cele mai multe ori o cauză precisă (fibrom, cancer, cervicită, vulvovaginită). Tratamentul etiologic al acestor cauze duce la dispariția sa.

— *Menometroragiile disfuncționale* pot fi acceptate ca simptome ale unei infecții uteroanexiale cronice, atunci cînd ele cedează în urma unui tratament antiinfecțios bine condus. Ele sînt totuși rare în infecțiile cronice uteroanexiale, evocă mai ales o infecție cervicovaginală sau o metroanexită subacută și se pot datora unor sechele inflamatorii ce au influențat vascularizația ovariană. Pe lîngă aceste simptome „clasice", bolnava mai poate descrie polakiurie și disurie (fără semne bacteriologice de infecție urinară), astenie și fatigabilitate, dar starea generală este bună, fiind afebrilă.

Scanned with OKEN Scanner

Examenul genital cu valvele poate pune în evidență leziuni vulvovaginale sau cervicale care pot explica simptomatologia descrisă de bolnavă. Tușeul vaginal poate releva leziuni grosolane la nivelul anexelor, chiar discordante cu simptomatologia subiectivă, relativ redusă. De cele mai multe ori însă nu se găsesc leziuni uteroanexiale care să explice simptomatologia acuzată de bolnavă. În acest caz trebuie explorate toate organele pelviene (vezică, uretră, rect, colon sigmoid, articulații, oase) și de cele mai multe ori se vor găsi leziuni extragenitale care explică simptomatologia.

Examinările paraclinice sînt în general sărace în datele pe care le furnizează. V.S.H. poate fi moderat crescută, dar examinările bacteriologice sînt în general negative.

— *Histerosalpingografia* poate evidenția sechele postinflamatorii (trompe obstruate sau cu conturul modificat de aderențe, hidrosalpinx).

— *Celioscopia* este actualmente singura examinare capabilă de a discerne corect o inflamație cronică uteroanexială de alte entități patologice care se manifestă prin dureri pelviene (endometrioza, sindromul Allen-Masters).

Examenul psihosomatic, mai ales în lipsa unor leziuni organice, poate pune în evidență un teren neurotic, consecință a unui dezechilibru biopsihosocial.

Diagnosticul diferențial acoperă practic întreaga patologie ginecologică, organică sau funcțională, precum și cea psihosomatică.

Piometria este o entitate nosologică aparte în cadrul infecțiilor metroanexiale cronice. Apare la femei în menopauză și constă în retenția de puroi în cavitatea uterină. Se datorește unor procese stenozante ale colului, urmare a unor intervenții chirurgicale, radioterapiei etc. Simptomatologia este caracteristică unei inflamații în micul bazin. Examenul obiectiv evidențiază colul hipoplazic, iar la tușeul vaginal, uterul apare mărit de volum, moale și sensibil.

Recuperarea proceselor inflamatorii cronice uteroanexiale este în majoritatea cazurilor medicală și se bazează pe administrarea de antibiotice sau sulfamide, antiinflamatorii (inclusiv cortizon) și enzime proteolitice o perioadă îndelungată de timp. Vaccinoterapia este un alt element terapeutic frecvent utilizat. Este necesară asanarea celorlalte focare de infecție genitale (vulvovaginale și cervicale), care pot întreține infecția uteroanexială.

Balneofizioterapia, în cure repetate, este una din cele mai utile și eficace mijloace terapeutice. Atunci cînd este corect aplicată poate da rezultate spectaculare, cu recuperarea totală a bolnavelor.

Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul chirurgical nu este indicat decît în prezența unor leziuni importante, neameliorate prin tratament conservativ aplicat corect și timp îndelungat.

Piometria este singura entitate patologică în cadrul inflamațiilor cronice uteroanexiale, care beneficiază de la început de tratament chirurgical (histerectomia).

III.5.2. Infecții specifice

III.5.2.1. Tuberculoza genitală

Tuberculoza genitală a diminuat în epoca noastră foarte mult ca frecvență, totuși scăderea este mai lentă ca și în cazul tuberculozei pulmonare. În statistica noastră, tuberculoza genitală reprezintă 3,65% din invaliditatea determinată de boli ale organelor genitale. Problema cea mai importantă care se pune este precizarea acestui diagnostic, lucru destul de dificil.

Vîrsta la care femeia se prezintă pentru consult se situează între 25 și 30 de ani, cînd, de fapt, motivul consultației este sterilitatea, dar se pare că, de fapt, tuberculoza genitală apare ca boală manifestă, în jurul vîrstei de 16—18 ani (1), (4).

Din antecedentele personale patologice putem reține afecțiuni tuberculoase pleuropulmonare, renale, peritoneale, apendiculare sau osoase.

Calea de infecție este excepțional primară (contact sexual) în general este hematogenă sau limfatică.

După Aburel (1), localizarea urogenitală a tuberculozei reprezintă 11—17% din totalitatea îmbolnăvirilor de tuberculoză, iar femeile cu tuberculoză genitală reprezintă 2,2% dintre ginecopate.

Anatomopatologic, localizarea este în primul rînd tubară bilaterală, în 85—90% din cazuri este cointeresat și endometrul. Ovarul, colul uterin, vaginul și vulva sînt interesate în mod excepțional. Descrierea unor leziuni tuberculoase la acest nivel aparține ginecologiei clasice.

Simptomatologia clinică este modificată față de descrierile clasice care aveau ca model anexita acută cu ascită. Actualmente simptomatologia se manifestă polimorf și poate fi confundată cu orice altă entitate patologică localizată în sfera genitală. Bolnavele acuză dureri în abdomenul inferior acompaniate sau nu de subfebrilități și de semne de impregnație bacilară, tulburări de ciclu menstrual, mai ales amenoree, dureri de tip apendicular (care pretează după Aburel la confuzii în 31% din cazuri) și sterilitate. Uneori fenome-

Scanned with OKEN Scanner

nele se pot manifesta și în formă acută cu simptome de pelviperitonită cu semne de afectare din partea organelor vecine (vezică urinară, rect). În această situație diagnosticul este ușurat de unele elemente negative, în sensul lipsei antecedentelor inflamatorii genitale. De asemenea colul uterin apare la *examenul cu valvele* de aspect normal, dar, în pofida acestor fapte, la *tușeul vaginal* se palpează modificări tumorale anexiale grosolane.

— *Histerosalpingografia* poate evidenția leziuni tipice dar acest aspect nu este suficient. Pentru precizarea diagnosticului este absolut necesară fie evidențierea bacilului Koch la nivelul aparatului genital, fie prezența unui aspect histopatologic caracteristic. Evidențierea bacteriologică a bacilului Koch se poate face din leucoree, sînge menstrual, sau endometru (obținut prin chiuretaj), în frotiu direct, culturi pe medii speciale sau inoculare la cobai.

— *Explorarea endoscopică* permite actualmente efectuarea celioscopiei și histeroscopiei, manopere care pot evidenția direct leziunea tuberculoasă și ușurează prelevarea de material pentru examenul histopatologic și bacteriologic. În situația în care diagnosticul este pozitiv (fie bacteriologic, fie histologic), trebuie de îndată instituit un tratament medicamentos în condiții de repaus profesional.

Tratamentul. Clasic, tratamentul se bazează pe administrarea de streptomicină 1 g/zi, nu mai mult de 200 g în opt luni, *hidrazidă* 10 mg/kg corp și PAS 0,25 g/kg corp. *Rifampicina* este un antituberculos eficace. Se administrează în doze de 600 mg/zi (există totuși riscul unor reacții de tip anafilactic). Se mai poate administra *etambutol* în doze de 20—25 mg/kg corp. Tratamentul acut durează circa trei luni, apoi se poate trece la un tratament de întreținere.

Alimentația trebuie să fie completă și bogată în vitamine.

Tratamentul chirurgical rămîne în epoca actuală rezervat formelor macrolezionale și poate reprezenta un gest radical la bolnavele la care nu se mai pune problema fertilității. Rezecția largă, cu asanarea tuturor focarelor de infecție, poate duce la vindecarea bolii.

Prognosticul „quo ad sanationem" al tratamentului conservativ este în general bun, dar prognosticul privitor la fertilitate este rezervat.

Atunci cînd nu se pune probema fertilității, cel mai bun tratament este tratamentul de tip „sandviș" care presupune o cură de tuberculostatice urmată de exereza chirurgicală conservativă și din nou o cură de tuberculostatice care previne recidivele.

Scanned with OKEN Scanner

III.5.2.2. Sifilisul genital

Sifilisul genital este o boală venerică de o mare gravitate produs de spirocheta *Treponema pallidum.* Contagiunea este exclusiv veneriană.

Boala evoluează în trei etape:

— *Sifilisul primar:* leziunea caracteristică este șancrul sifilitic care apare la 21—25 zile după contactul infectant sub forma unei pete mici, care, în 8—10 zile evoluează, devenind o eroziune rotund-ovalară, cu margini drepte și nedureroase.

În 7—8 zile după apariția șancrului se dezvoltă adenopatia satelită (inghinală) care este poliganglionară, mobilă și nedureroasă. În lipsa unui tratament adecvat șancrul se vindecă în 5—8 săptămîni și apar manifestările sifilisului secundar.

— *Sifilisul secundar* se manifestă la nivelul organelor genitale prin leziuni care au un aspect papuloeroziv, papuloulceros sau de papule hipertrofice. Leziunile sînt nepruriginoase.

— *Sifilisul terțiar,* extrem de rar întîlnit astăzi datorită tratamentului precoce, se manifestă la nivelul organelor genitale sub formă de gomă sifilitică, ulcerație cu aspect granulomatos și edem cronic în jur.

Diagnosticul pozitiv se face prin punerea în evidență la ultramicroscop a spirochetelor în leziuni și pe baza testelor serologice.

Tratamentul trebuie instituit cît mai precoce, cu doze eficiente, suficient de prelungit și sub control serologic permanent. Se bazează pe administrarea de penicilină cristalină în primele zile, apoi preparate de penicilină retard. Schema de tratament este cea indicată de instrucțiunile Ministerului Sănătății din 1973.

Prognosticul. În era antibioticelor infecțiile aparatului genital au în general un prognostic bun atît sub aspectul sănătății, cît și acela al longevității și al muncii. Este necesar însă ca tratamentul să fie început cît mai din timp și să acționeze etiologic sau etiopatogenetic. Prognosticul fertilității rămîne rezervat în cazul tuberculozei organelor genitale și al infecțiilor uteroanexiale extinse și cu tendință slabă de stingere.

Evaluarea capacității de muncă în infecțiile aparatului genital. Probleme socioprofesionale

Evaluarea capacității de muncă la femeile cu infecții ale aparatului genital nu întîmpină greutăți deosebite decît în cazul tuberculozei genitale unde este nevoie de aplicarea mijloacelor recuperatorii un timp îndelungat, uneori fiind necesară încadrarea temporară

Scanned with OKEN Scanner

în invaliditate și continuarea tratamentului recuperator în condiții de invaliditate.

Pentru expertizarea corectă a bolnavelor de tuberculoză genitală este necesar ca dosarul medical de pensionare să cuprindă în mod obligatoriu (4):

— diagnosticul clinic și funcțional motivat prin examinări clinice și paraclinice complete (vezi metodologia diagnosticului tuberculozei genitale) stabilit în colaborare de către medicul de specialitate ginecolog și ftiziologul teritorial în condiții de internare în clinici sau secții de specialitate;

— stabilirea stadiului evolutiv al bolii;

— grupa de dispensarizare la data respectivă;

— tratamentele efectuate în ultimii 2—3 ani și rezultatele obținute;

— menționarea felului cum bolnava respectă indicațiile terapeutice și în general planul de recuperare alcătuit din medicii de specialitate;

— evoluția examinării bacilului Koch în secreții, pe culturi repetate (2—3 ani), inclusiv data negativării.

Dacă bolnava a avut o tuberculoză pulmonară sau în alte organe se va menționa de fiecare dată stadiul acesteia, respectîndu-se aceleași criterii.

Cu ocazia fiecărei expertizări, medicul ftiziolog și ginecologul teritorial vor întocmi separat sau împreună un referat către Comisia de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă județeană, sau după caz către cabinetul teritorial de E.M.R.C.M., care să cuprindă toate datele de mai sus, pe baza cărora se va putea evalua, în mod științific, capacitatea de muncă pentru fiecare caz în parte.

Reluarea activității profesionale se va face ținîndu-se seama de locurile de muncă potrivite și respectiv nepotrivite, femeilor cu afecțiuni genitale. În particular, în cazul femeilor care au avut tuberculoză genitală *se va evita calificarea și respectiv încadrarea în următoarele profesiuni și locuri de muncă,* deoarece afectează siguranța publică (6):

— *în domeniul activităților sanitare:* moașe, soră sau infirmieră la secțiile de pediatrie, soră în sala de operații, donatoare de lapte de mamă, distribuitoare de lapte de mamă etc.;

— *în domeniul transporturilor:* stewardesă, vatmană, conducător auto;

— *în domeniul învățămîntului:* educatoare, învățătoare, pedagog etc.;

Scanned with OKEN Scanner

— *în alimentația publică:* personal de bucătărie, magazioneră, spălătoreasă (rufe, vase), ingrijitoare de curățenie, distribuitoare de alimente, lapte etc.

III.5.3. Corelația dintre bolile organelor genitale (inflamatorii și tumorale) și viscerele abdominale și toracice

Privirea sintetică, integralistă, asupra organismului, determinată de interrelația tuturor organelor și de pluricondiționarea fenomenelor fiziologice și fiziopatologice, face necesară schițarea raporturilor dintre bolile organelor genitale și viscerele organismului. Mijloacele recuperatorii aplicate individualizat în cazul bolilor din sfera genitală trebuie să considere și aceste interrelații. Evaluarea corectă a capacității de muncă necesită, de asemenea, cunoașterea acestor corelații pentru fiecare bolnavă în parte.

Corelația cu aparatul digestiv

Raporturile dintre organele genitale și organele situate în abdomen sînt multiple. Cele mai cunoscute sînt cele de vecinătate-contiguitate, urmate de cele ce se realizează pe cale limfatică și sanguină, de cele de ordin reflex neuro-umoral, viscero-visceral, cortico-visceral și viscero-cortico-visceral (42).

Raporturile de vecinătate-contiguitate sînt ilustrate de multiple observații ce se evidențiază frecvent, atît în condiții de ambulator, cît și de staționar. Procesele inflamatorii pelviperitoneale de origine genitală pot determina tulburări sfincteriene rectale, care uneori apar clinic pe prim plan: salpingitele stîngi pot determina procese inflamatorii în jurul colonului stîng (pericolite stîngi) sau chiar endocolite stîngi ajungînd pînă la procese stenozante ale colonului sigmoid. Tumorile inflamatorii sau neoplazice uteroanexiale se pot extinde la intestinul subțire, determinînd ileite, enterite sau chiar ileus mecanic prin procese aderențiale sau compresive. Procesele neoplazice uterine pot interesa, începînd din stadiul al III-lea, organele din vecinătate: vezica urinară, colonul, rectul sau alte organe abdominale.

La rîndul lor unele procese inflamatorii din abdomenul inferior, cum ar fi apendicitele cu o orientare inferioară, pot determina, prin contiguitatea procesului inflamator, salpingite, ovarite sau parametrite drepte secundare, așa cum a descris cu mulți ani în urmă Segond (citat de I. Hațieganu).

Scanned with OKEN Scanner

Aceste date arată necesitatea examinării organelor abdominale în cazul unor afecțiuni genitale și invers controlul genital al femeilor cu afecțiuni abdominale inflamatorii, cu deosebire în cazul celor situate în abdomenul inferior.

Raporturile realizate pe cale limfatică și sanguină au fost descrise cu mult înainte de I. Hațieganu și I. Goia (24) care au individualizat *sindromul entero-genital* ce constă din fenomene de afectare metro-salpingo-ovariene ca urmare a unor colite de unde colibacilul a ajuns pe cale sanguină sau limfatică la organele genitale. Microbii, dar mai ales toxinele lor, cu punct de plecare din colonul inflamat, pot interesa ovarul endocrin și pot determina hipofuncția acestuia. Se cunosc de asemenea apendicitele, urmare a unor procese inflamatorii anexiale realizate pe calea vaselor limfatice. Tot pe cale limfatică se realizează metastazele dintre sfera genitală și viscerele abdominale: cancerele uterine metastazează uneori în ficat, iar cancerele gastrice metastazează în ovare realizînd tumorile Kruckenberg.

Raporturile realizate pe calea reflexelor viscero-viscerale, neuro-umorale, cortico-viscerale sau viscero-cortico-viscerale sînt urmarea relațiilor fiziologice și fiziopatologice dintre sistemul nervos, aparatul digestiv și sfera genitală. Simptomele sub care evoluează depind de organul asupra căruia reflexul are răsunetul cel mai profund: stomac, intestin subțire, intestin gros sau căile biliare. Este demn de reținut că reflexul format și declanșat are tendință de durată și chiar de permanentizare (urmarea persistenței spinului iritativ genital) trecînd treptat de la tulburarea funcțională la cea organo-funcțională și apoi la cea predominant organică. Prin mecanisme reflexe viscero-viscerale se explică diareile unor femei cu afecțiuni genitale (fibroame uterine, chisturi ovariene, metrosalpingite), unele colecistopatii cronice (prin mecanism genito-hepato-biliar) și unele hipoclorhidrii. I. Hațieganu (24) a insistat asupra stazei duodenale și a hepatopatiilor ca urmare a inflamațiilor din sfera genitală feminină. Lezarea ficatului în afecțiunile genitale se realizează pe două căi: directă (pe calea estrogenilor) și indirectă prin tulburări ale kineticii biliare, urmate de inflamații ale căilor biliare cu interesare secundară celulo-hepatică. Fenomenele dispeptice din cadrul afecțiunilor genitale sînt de regulă exacerbate cu ocazia ciclului menstrual sau a menopauzei.

Din aceste date se reține pentru activitatea practică următoarele grupe de fapte: interesarea aparatului digestiv (în special duodeno-biliar) în afecțiunile genitale face necesar ca medicul ginecolog să cunoască și să exploreze participarea aparatului digestiv la afecțiunile aparatului genital; la rîndul său medicul internist — res-

Scanned with OKEN Scanner

pectiv gastroenterolog — trebuie să-şi „facă un reflex" din investigaţia sferei genitale în cazul afecţiunilor aparatului digestiv. Este necesar ca mijloacele recuperatorii să includă în sfera lor de acţiune şi aceste corelaţii genito-viscerale şi viscero-genitale.

Corelaţia cu aparatul digestiv şi organele toracice

Se are în vedere în acest caz *sindromul Demons-Meigs* care este prototipul interesării concomitente a organelor genitale (tumoră ovariană benignă) cu prezenţa afectării abdominale (ascită) şi toracice (hidrotorace). A fost descris în 1879 de Culingworth, în 1892 de Lawson-Tait, iar între 1935 şi 1943 de Demons şi Meigs. Ulterior s-au descris alte cîteva sute de cazuri, din care cîteva şi în ţara noastră (35), (46).

Acest sindrom se întîlneşte cu frecvenţă relativ rară, dar pune întotdeauna grele probleme de diagnostic atît ginecologilor, cît şi interniştilor şi chirurgilor. Erorile, uneori ireparabile, care se fac în lipsa precizării diagnosticului şi a atitudinii terapeutice corecte, precum şi intervenţia chirurgicală salutară, dacă se aplică în timp util, justifică, socotim, tratarea fie chiar schematică a acestei boli în cadrul lucrării de faţă.

Triada simptomatică a acestui sindrom este: *tumoră ovariană benignă, ascită* şi *hidrotorace.*

— *Tumora ovariană benignă* este caracteristica principală a sindromului (benignitatea tumorii fiind o condiţie indispensabilă şi fundamentală (35).

— *Colecţiile seroase transudate* (ascita şi hidrotoracele) au „tendinţa exasperantă de refacere". Urmarea este spolierea organismului de proteine în urma repetatelor paracenteze şi toracenteze cu realizarea unei disproteinemii severe, care în cele din urmă determină caşexia şi moartea. Extirparea la timp a tumorii duce la regresiunea rapidă, completă şi definitivă a colecţiilor seroase, la refacerea stării biologico-funcţionale şi la vindecarea clinică completă.

În sedimentul lichidului din seroase se evidenţiază adesea celule mucipare spumoase şi lipsa inhibitorilor fibrinolizei.

Diagnosticul de sindrom Demons-Meigs trebuie să se ia în considerare în orice ascită de origine neclară la care lichidul se reface rapid după evacuare.

Patogeneza acestui sindrom este insuficient lămurită. Factorul decisiv este prezenţa tumorii, toate fenomenele dispar după ablaţia acesteia. Se ştie însă că numai 2—4% din tumorile benigne ovariene evoluează cu revărsate seroase, ceea ce sugerează că pe lîngă

Scanned with OKEN Scanner

prezența tumorii benigne ovariene sînt necesari, pentru realizarea sindromului Demons-Meigs, și alți factori ce țin de particularitățile tumorii ovariene însăși și de reactivitatea organismului gazdă. Ipoteza unei secreții hormonale ovariene crescute cu efect hidratant determinate de către ovarul pe care se dezvoltă tumora, par să explice colecțiile abdominale și toracice, dar de ce numai un mic procent dintre acestea? În unele cazuri s-a încriminat hipersecreția de aldosteron, deficit hepatic în inactivarea hormonilor ovarieni și suprarenali sau anumite particularități ale reactivității seroaselor celomice.

În multe cazuri s-a semnalat asocierea cu boala gelatinoasă (46), cu unele afecțiuni hepatice sau bacilare. S-au descris și sindroame Demons-Meigs determinate de tumori ovariene maligne (ba chiar și sindroame similare la bărbați cu tumori testiculare!), dar acestea au fost contestate. Independent de aceste discuții cu caracter teoretic, rămîne importanța practică a cunoașterii acestui sindrom deoarece recunoașterea sa și extirparea chirurgicală a tumorii în timp util duce la recuperarea totală a bolnavei.

III.6. Recuperarea femeilor cu hemoragii uterine disfuncționale

Hemoragiile uterine disfuncționale reprezintă una din suferințele cele mai frecvente care aduc bolnava la o consultație ginecologică.

Sub acest nume sînt grupate toate metroragiile care depășesc limitele unei menstruații fiziologice sau care apar în afara acesteia și a căror cauză nu poate fi explicată după un examen general și genital complet și competent (17), (26).

Metroragiile disfuncționale sînt mai frecvente la începutul și la sfîrșitul perioadei de activitate genitală a femeii, ca urmare a tulburărilor de reglare hormonală a ciclului care se produce în anii de după pubertate și în deceniul ce precede menopauza. Cu toate acestea, ele pot apare la orice vîrstă în timpul perioadei de fertilitate (16).

Simptomul de bază și uneori unicul este metroragia care deranjează femeia fie prin abundența sa, fie prin durata neobișnuit de mare. Sîngele este de obicei proaspăt, uneori apar și cheaguri, situație în care pot apare colici expulsive, ca simptome de acompaniament. Consecința acestor pierderi de sînge este anemia sideropivă care poate îmbrăca o formă foarte gravă.

Scanned with OKEN Scanner

Diagnosticul se bazează pe:

— *anamneza* foarte amănunțită, care trebuie să conțină în primul rînd o analiză atentă a ciclului menstrual, atît înainte, cît și după apariția fenomenelor patologice. Bolnava trebuie chestionată asupra fertilității, asupra unor eventuale dificultăți psihosexuale, asupra utilizării unor preparate hormonale (anticoncepționale sau preparate cu estrogeni sau androgeni în premonopauză);

— *examenul clinic* pe aparate, care să excludă orice altă afecțiune genitală (fibrom, polip endocavitar, endometrioză, sarcină, neoplasm, inflamații) sau generală (hipertiroidism, boli de ficat, acromegalie, boală de sistem hematopoetic), capabile de a induce o metroragie;

— *examinări paraclinice* care pot da informații asupra stării funcționale a ovarelor (dozări hormonale, curba menotermică, examenul citovaginal hormonal), sau pot evidenția o leziune neobservată clinic (biopsia de endometru, histerografia, celioscopia). Atunci cînd se suspectează o afecțiune extragenitală, gama explorărilor paraclinice poate fi extinsă și la celelalte aparate și sisteme, iar examenul clinic trebuie efectuat în echipă cu colegi din alte specialități. Răspunderea diagnosticului diferențial este foarte mare și nu ne putem permite să etichetăm o metroragie ca „disfuncțională" decît după ce am recurs la toate metodele de eliminare a bolilor organice, a cancerului în primul rînd (33), (52).

Mijloacele medicale recuperatorii

Tratamentul acestor tulburări hormonale, care handicapează femeia, se bazează pe un diagnostic precis, care poate clasifica aceste metropatii disfuncționale după cum urmează (16), în vederea unui tratament de urgență (tabelul nr. XVII).

Tabelul nr. XVII

Ciclu menstrual		Endometrul
Neregulat	anovulator	proliferativ
		hiperplazie glandulochistică
	ovulator	secretor
Regulat	anovulator	proliferativ
		atrofie
	ovulator	secretor

Scanned with OKEN Scanner

Problema se pune deci dacă femeia ovulează sau nu și dacă această ovulație este susținută suficient de secreția de hormoni steroizi.

De asemenea se pune problema dacă metroragia survine regulat sau neregulat.

Măsuri generale. La bolnavele sub 20 de ani este adesea suficientă combaterea anemiei prin administrarea de preparate de fier, timp suficient. Este de asemenea necesară combaterea obezității (prin alimentație rațională și promovarea mișcării), care ea însăși poate evolua cu tulburări hormonale, ce antrenează metroragii disfuncționale.

Tratamentul conservativ (hormonal). Concepțiile moderne (16) susțin că alegerea tratamentului hormonal depinde de dorința bolnavei (dorește să rămînă gravidă, solicită anticoncepția, prezintă metroragii importante cu apariție neregulată?). Schema alăturată ne permite o orientare rapidă și clară a tratamentului:

a) *Bolnava dorește o sarcină:*

— *la femeile care ovulează neregulat,* șansele de a rămîne gravidă pot fi crescute prin determinarea curbei menotermice și indicarea fazei de maximă fertilitate (cu condiția de a nu avea altă anomalie decît o durată variabilă a fazei proliferative a ciclului);

— *la femeile cu cicluri considerate ovulatorii,* metroragiile funcționale apar ca o consecință a unei funcții insuficiente a corpului galben ovarian (absolută sau relativă), cazuri în care funcția ovariană deficitară trebuie stimulată prin administrarea de substanțe antiestrogenice (de exemplu Clomiphen, 50—150 mg/zi, timp de cinci zile, începînd din a doua (16) sau a cincea zi (48) a ciclului. Uneori se indică suplimentarea tratamentului cu un preparat cu activitate LH (Pregnyl(R)) în momentul cînd în mod fiziologic se așteaptă „pic-ul" de LH fiziologic. Cazurile care se pretează la acest tratament prezintă o insuficiență luteală și în aceste cazuri se indică administrarea a cîte 5 000 U.I. de Pregnyl în zilele 11—13—15 ale ciclului, la care se adaugă o injecție suplimentară în ziua a 21-a, care va îmbunătăți faza luteală a ciclului.

Administrarea suplimentară de substanțe progestative, în faza luteală, va determina o creștere favorabilă a secreției de progesteron endogen. Ea este indicată mai ales bolnavelor care prezintă mici pierderi sanguinolente înaintea ciclului (48).

Tulburările de ovulație pot fi de asemenea tratate cu gonadotrofine umane de menopauză (Humegon(R)), dar numai în condiții de internare și sub stricta supraveghere clinică și biochimică, pentru a evita fenomenele de hiperstimulare, uneori cu rezultate dezastruoase, funcționale și anatomice pentru bolnavă.

Scanned with OKEN Scanner

b) *Bolnava dorește să folosească un mijloc anticoncepțional* pe considerente de „planning familial", sociale, economice și eventual fizico-anatomice.

În situația în care nu există contraindicații pentru folosirea unui contraceptiv estroprogestativ (obezitate, disfuncție hepatică și renală, teren cu risc tromboembolic), tendința modernă (16) este de a ignora dacă este vorba de un ciclu regulat sau neregulat, ovulator sau neovulator, deoarece în aceste cazuri administrarea unor „pilule" estroprogestative suplinește funcția ovarului. Din multitudinea de combinații estroprogestative trebuie aleasă aceea care convine cel mai mult profilului hormonal al bolnavei în cauză. În general trebuie indicate preparatele în compoziția cărora predomină progestativul sau preparatele mai recente „minidozate".

c) *Situații de urgență,* cînd hemoragia oblică, prin intensitate și cantitate, la o acțiune rapidă și eficace, pot fi rezolvate prin două atitudini terapeutice:

— *administrarea de doze mari de estrogeni* are un efect rapid și eficace (de exemplu 5—10 mg de benzoat de estradiol pe zi sau 150 gamma de etinilestradiol/zi). Cînd hemoragia s-a oprit, tratamentul estrogenic trebuie continuat, reducînd dozele progresiv timp de 10 zile; în continuare este necesară administrarea de progesteron sau progestative, în situația în care funcția ovariană nu se reia spontan;

— *administrarea de progestative* are de asemenea o acțiune favorabilă, dar mai lentă.

Odată hemoragia oprită, există posibilitatea de a acorda sistemului hormonal endogen „șansa" de a-și relua o funcție eutocică sau de a prescrie un tratament de substituție ciclică cu pilule estroprogestative (dacă bolnava nu prezintă contraindicații majore pentru acest tratament).

Tratamentul chirurgical. Apare foarte rar ca gest terapeutic la femeia tînără. Chiuretajul uterin este doar un gest terapeutic de urgență (el nu rezolvă disfuncția hormonală) și uneori poate diagnostica o afecțiune organică (neoplasm, polipi endometriali) nelămurită clinic. Desigur, după un chiuretaj se poate acorda o „șansă" sistemului hormonal endogen, de a-și relua funcția normală. Trebuie să accentuăm totuși că ablația chirurgicală a endometrului prin chiuretaj este doar o măsură terapeutică de urgență și uneori poate ușura diagnosticul, dar în general, nu asigură o revenire la normal.

— *Pentru femeile mai în vîrstă și mai ales atunci cînd bolnava consideră că a depășit perioada de fertilitate,* că structura familiei sale este completă, iar metroragia nu mai poate fi stăpînită medica-

Scanned with OKEN Scanner

mentos, extirparea chirurgicală a uterului poate fi luată în considerație ca un gest terapeutic extrem.

Există și situații dificile, în care starea generală a bolnavei și mai ales prezența unor poliorganopatii contraindică o intervenție chirurgicală. În aceste situații de excepție, majoritatea autorilor (16), (41), (48) sînt de acord că, dacă metroragia amenință viața femeii, radiumterapia intrauterină rămîne singurul mijloc terapeutic oportun.

Profilaxia acestor tulburări zise „funcționale", dar de fapt disfuncționale, care afectează un mare număr de femei poate fi realizată doar, printr-o atentă urmărire a tinerelor fete încă din faza prepubertară și apoi în cursul instalării pubertății, pentru a surprinde la timp unele tulburări de ciclu menstrual în exces care ar putea evoca viitoare hemoragii disfuncționale și pentru a corecta în timp util dezechilibrele gonadostatului.

Probleme socioprofesionale

Femeile cu hemoragii uterine disfuncționale nu prezintă dificultăți în evaluarea capacității de muncă. Nu se pune problema încadrării lor în invaliditate numai pentru această suferință. Anemia, simptomul secundar cel mai frecvent, se tratează cu fier și eventual vitamina B_{12}, care se alătură tratamentului etiologic. Se pune însă problema orientării profesionale și a îndrumării profesionale a acestor femei pe locuri de muncă astfel încît să nu le potențeze boala de bază. Se vor respecta toate prevederile privitoare la locurile de muncă indicate și cele contraindicate femeilor cu afecțiuni genitale. În plus, avînd în vedere pierderile lor mari de sînge, cu ocazia menstrelor sau în afara lor, se vor evita locurile de muncă ce cuprind următoarele substanțe (38): anilină, anizidină, acetonă, benzen, clorotoluidină, clorură de metil, cumen, fenetidină, fenilhidrazină, hidrogen arseniat, hidrogen stibiat, metatoluilendiamină, naftalen, nitrobenzen, și dinitrobenzen, parafenilendiamină, plumb, toluen, toluidină, trinitrotoluen, xilen etc., deoarece aceste substanțe pot determina în anumite împrejurări anemia care îmbracă uneori caracter hemolitic.

III.7. Recuperarea femeilor cu tulburări ale staticii pelvigenitale

În mod fiziologic, uterul este menținut în poziția sa naturală prin mijloacele de suspensie (ligamente uterosacrate, ligamente rotunde și ligamente largi) și prin aparatul muscular de susținere (mușchii

Scanned with OKEN Scanner

planșeului pelvian), într-o poziție normală de anteversie-flexie. Cînd din diferite cauze susținerea și suspensia uterului este alterată, acesta își pierde poziția fiziologică și apar deviații sau deplasări.

III.7.1. Deviațiile uterine

Deviațiile uterine se pot produce înainte, înapoi sau lateral. Ele sînt adesea congenitale, dar pot apare și după nașteri laborioase sau după infecții uteroanexiale (62).

— **Laterodeviațiile** sînt modificări de mică importanță ce constau în deplasarea uterului la dreapta sau la stînga liniei mediane. Aceste deplasări pot fi consecința unui proces inflamator (care a retractat un parametru) sau a compresiunii unei tumori asupra corpului uterin. De asemenea laterodeviațiile pot fi sechele ale unei intervenții chirurgicale (salpingectomie, de exemplu). Laterodeviațiile pot fi și primitive, cazuri în care se datoresc inegalității în dezvoltare a ligamentelor rotunde.

În general, laterodeviațiile sînt asimptomatice și nu necesită tratament.

— **Deviațiile anterioare sau posterioare congenitale** constau mai ales în anteflexiuni sau retroflexiuni caracterizate prin accentuarea unghiului de flexie a corpului uterin față de col. Se pare că anomalia se produce în timpul dezvoltării uterului la pubertate cînd unul din pereți se dezvoltă mai mult decît celălalt, împingînd corpul uterin înainte sau înapoi. Elementul patologic este cudura ce se realizează la nivelul istmului, cudură accentuată în timpul ciclului menstrual datorită congestiei.

Simptomul clinic central este dismenoreea care dispare de obicei după începerea fluxului menstrual.

Diagnosticul se face prin tușeu vaginal care poate evidenția uneori și o hipoplazie genitală.

Tratamentul este medical și constă în administrarea de tonice generale, exerciții de cultură fizică și sport, balneo-fizioterapie. Este necesară dilatarea colului uterin în cazurile în care dismenoreea este accentuată.

În general, după o sarcină dusă la termen, simptomele cedează.

— **Deviațiile anterioare cîștigate** pot consta din hiper-anteversie sau hiper-anteflexie, precum și din combinația lor. Aceste modificări de poziție apar de obicei în urma unei infecții postpartum sau

Scanned with OKEN Scanner

postabortum, situație în care prin retracția ligamentelor uterosacrate colul este tras înapoi, iar corpul uterin propulsat anterior.

Simptomatologia este dominată de dismenoree și sterilitate.

Tratamentul este medical și tinde să asaneze procesul inflamator. El trebuie completat cu procedee balneo-fizioterapice.

— **Retrodeviațiile cîștigate** ale uterului pot consta în retroversii, retroflexii sau combinații ale acestora. Uterul poate fi imobil sau fixat.

Retrodeviațiile apar ca urmare a unui proces inflamator, a unui proces tumoral (fibrom sau chist de ovar) care împinge uterul posterior, a unei intervenții chirurgicale soldată cu aderențe și uneori pot apare în lăuzie, cînd ligamentele rotunde laxe nu pot menține uterul în poziție normală.

Semnele funcționale cele mai importante sînt:

— *durerea* cu localizare lombosacrată și senzație de presiune în micul bazin, accentuate de mers și poziție ortostatică;

— *dispareunia* înaltă;

— *dismenoreea* ameliorată de decubitul ventral.

La examenul clinic, colul apare în spatele simfizei pubiene, iar corpul uterin ocupă fundul de sac Douglas, este mobil sau nu și de obicei sensibil la mobilizare.

Dintre examinările paraclinice, histerosalpingografia și celioscopia pot furniza elemente utile.

Tratamentul este, inițial, medical și balneo-fizioterapic și vizează asanarea procesului inflamator. Dacă în pofida acestui tratament simptomatologia persistă, este necesară corectarea chirurgicală, printr-un procedeu de histero- sau ligamentopexie, completat cu Douglasectomie, care evită recidivele.

— **Sindromul Allen-Masters** este un tip aparte de anomalie de poziție care se datorează unor rupturi ce interesează foița posterioară și fascia subperitoneală a ligamentului larg.

Acest sindrom apare după traumatisme obstetricale și se caracterizează prin dureri mari cu iradiere în lombe (spontane sau provocate) și dispareunie.

La examenul genital se evidențiază o mobilitate exagerată a colului față de corpul uterin.

Celioscopia este o manoperă paraclinică foarte importantă pentru diagnostic.

Tratamentul este exclusiv chirurgical și constă în suturarea breșelor ligamentului larg.

Scanned with OKEN Scanner

III.7.2. Deplasările organelor genitale

Deplasările organelor genitale constau în modificări ale poziției lor fiziologice și o alunecare în jos, un fel de herniere a lor. Se denumesc prolaps genital, deoarece, pe lîngă uter este antrenat vaginul și uneori și organele vecine (vezica, rectul, fundul de sac Douglas).

Această categorie de afecțiuni se întîlnesc în decadele 3—4—5 ale vieții. Femeia acuză o jenă progresivă la nivelul vulvei cu senzația că ceva tinde să se exteriorizeze.

Ca împrejurări favorizante se găsesc nașteri laborioase și complicate, tulburări trofice și uneori malformații congenitale.

Formele anatomopatologice sînt multiple, iar metodele de tratament de asemenea.

În fața unei bolnave cu prolaps genital se va proceda într-un prim timp la o analiză minuțioasă a tulburărilor funcționale și a modificărilor morfologice care trebuie corectate, apoi în al doilea timp se va face o sinteză și se va lua o decizie terapeutică.

Semne clinice. Examenul clinic ginecologic al bolnavei cu prolaps, invitată să facă un efort de presă abdominală evidențiază:

— *o bombare a peretelui vaginal anterior* (colpocel anterior). Înapoia acestui perete ale vaginului alunecă totdeauna vezica (cistocel); este important să se verifice dacă femeia pierde urină, cîteva picături sau un jet la efort;

— *la mijlocul introitului apare colul* al cărui grad de descindere poate fi apreciat mai bine dacă se prinde cu o pensă de col și se trage de el.

În felul acesta se poate stabili gradul prolapsului:

— gradul I: colul este la 2—3 cm de introit;

— gradul II: colul este în vulvă sau în parte ieșit;

— gradul III: uterul se exteriorizează în întregime.

Înapoi, peretele vaginal posterior bombează *(colpocel posterior)*. Înapoia colpocelului se găsește totdeauna rectul *(rectocel)*. Uneori bombează și Douglasul *(elitrocel)*.

De asemenea vom consemna la examen cît de modificată este morfologia vulvei, a introitului și structurile lor musculare.

— *La examenul cu speculul* interesează în primul rînd starea colului. De multe ori se găsește în jurul colului o ulcerație cu caracter benign, leziune denumită eroziune de decubit.

— *Tușeul vaginal evidențiază* volumul corpului uterin care este atrofic sau deformat de un miom și poate fi retrodeviat, starea elementelor musculare aponevrotice de susținere și în special tonusul

Scanned with OKEN Scanner

mușchilor ridicători anali. Se cere femeii să facă un efort de contracție a mușchilor perineului în jurul degetelor introduse în vagin.

Existența unui elitrocel se confirmă prin tușeu rectal și vaginal combinat cînd palpăm hernia fundului de sac Douglas și uneori putem percepe borborisme ale anselor intestinale.

— *Tușeul rectal* permite, de asemenea, să confirmăm rectocelul.

Pentru precizarea diagnosticului sînt necesare unele examinări complimentare și anume:

— *cistografie micțională* cu precizarea unghiului uretro-vezical;

— *colpocistogramă;*

— *histerografie* care decelează leziunile endouterine sau anexiale și arată o eventuală alungire a colului.

Totdeauna se vor face frotiuri cervicovaginale și endometriale. Se va determina alfa-feto-proteinele și carcinoidul embrionar pentru a exclude un proces neoplazic.

Din toate datele culese se vor aprecia tulburările acuzate de bolnavă: durere, apăsare, incontinență de urină, tulburări vezicale. În documentele medicale se va consemna necesitatea sau dorința de a păstra permeabilitatea vaginului și starea generală a bolnavei, pentru că se știe că o bolnavă nu moare din cauza unui prolaps, dar poate muri din cauza unei operații pentru prolaps.

Mijloace medicale recuperatorii

Măsurile profilactice se adresează felului cum se asigură asistența la naștere și modului cum se execută histerectomiile și pexiile uterine în chirurgia ginecologică.

La naștere și în lăuzie trebuie să se recurgă la: perineotomie profilactică în expulziile dificile mai ales la primipare și sutura imediată a rupturilor spontane ale perineului, trebuie să se evite comprimarea puternică a uterului în delivrență; se indică mobilizarea precoce în lăuzie și gimnastică zilnică; tratamentul constipației.

Procedurile operatorii profilactice cînd există un prolaps sînt:

— *suspendarea bontului cervical* la ligamentele rotunde și la ligamentele largi, în histerectomiile subtotale;

— *păstrarea inserției ligamentelor cardinale la bolta vaginului* în histerectomiile totale (preferința pentru histerectomia intracapsulară — Aldrige; histerectomiile pe cale vaginală expun mai rar la prolaps postoperator (48);

— *închiderea fundului de sac Douglas* în pexiile chirurgicale ale uterului.

Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul curativ presupune, mai întîi, metodele nechirurgicale. Se folosesc în acest sens pesarii sau inele. Tratamentul este paleativ și se recurge la el numai în cazurile la care sînt contraindicații operatorii (cardiace, renale, vîrsta înaintată). Pesariile pot produce ulcerații pe vagin, care sînt considerate ca stări precanceroase.

Tratamentul chirurgical, ca și în incontinența urinară, beneficiază de multiple tehnici și căi de abordare. Ele sînt justificate de indicațiile, cu totul speciale, impuse de varietatea prolapsului, de complicațiile asociate (incontinența urinară în primul rînd), de vîrstă, de teren, de dorința femeii de a mai avea copii și de conservarea vieții sexuale. De aceea în alegerea procedeului operator nu pot fi date indicații categorice, ci numai recomandări generale, orientative. Experiența de tratament cîștigată a fiecărui chirurg-ginecolog în această problemă este foarte importantă.

Privitor la cura chirurgicală a prolapsului, operațiile urmăresc să realizeze:

1. *În prolapsul vaginal și/sau uterin de gradul I și al II-lea:* reducerea cistocelului și realizarea unei bune susțineri a colului vezical (timp important pentru corectarea incontinenței urinare) prin colpoperineorafie anterioară; reconstituirea chingii ridicătorilor anali și plastia perineului, prin colpoperineorafie posterioară; corectarea unei leziuni asociate; amputația colului (col hipertrofic) simplă sau ca în „operația de la Manchester".

Toate aceste intervenții sînt funcționale (păstrează funcția de reproducere), dar, în procente diferite, expun la recidive.

2. *În prolapsul de gradul al III-lea (total):* extirparea uterului și reconstituirea înaltă a perineului prin histerectomie vaginală cu sau fără colpectomie largă; cloazonarea vaginului, ca în operația Lefort, sau a vulvei, ca în operația Kahr, se impun.

Toate aceste intervenții se bazează pe principii strict anatomice, în dauna funcției sexuale a vaginului.

Indicațiile operațiilor chirurgicale pentru prolaps sînt deseori exagerate. În general, nu se operează prolapsurile descoperite întîmplător la consultații și de care femeile nu se plîng. Nu se operează de asemenea prolapsurile ușoare la femeia tînără cu perspective de maternitate. În perioadele de pre- și mai ales postmenopauză se exagerează cu motivația tulburărilor urinare, care de multe ori sînt cistopatii infecțioase sau hormonale și la care plastiile perineale sînt inutile sau aduc o suferință în plus, dispareunia (48).

În prolapsul după histerectomia subtotală se recurge la extirparea bontului cervical restant, colpoperineorafie anterioară și posterioară înaltă. În prolapsul după histerectomie totală: colpecto-

Scanned with OKEN Scanner

mie+perineorafie strînsă sau vaginopexie la ligamentele Cooper sau la discul lombosacrat.

Prognostic. *Rezultatele îndepărtate* se apreciază din punct de vedere anatomic şi funcţional. Anatomic sînt în general bune, cu un procent relativ mic de recidive. Funcţional, rezultatele nu sînt excelente: în cura prolapsului cu incontinenţă urinară, aceasta din urmă recidivează într-o proporţie mare de cazuri (20—30%); în cura prolapsului fără tulburări urinare, acestea pot apărea după operaţie (incontinenţă, retenţie parţială); după colpoperineorafii pot apărea dispareunii (introit dureros, vagin scurt şi îngust); după ventrofixaţii se poate instala un elitrocel; după amputaţiile de col, funcţia de reproducere poate fi compromisă prin sterilitate şi infertilitate (avorturi, naşteri premature). Pot apare distrofii cervicale, rupturi de col şi hemoragii la naştere.

Evaluarea capacităţii de muncă.
Probleme socioprofesionale

În evaluarea capacităţii de muncă la femeile cu ptoza organelor genitale trebuie să se ţină seama de unele caractere somatice ale acestora ca: scăderea tonusului musculaturii centurii abdominale şi a perineului, hipotonia musculaturii în ansamblul său, astenia şi oboseala lor precoce, tendinţa la constipaţie şi enteroptoză, nivelul scăzut al capacităţii lor de prestaţie. S-a mai observat că aceste femei nasc la vîrste ceva mai avansate, sînt multipare, acuză dureri lombosacrate, tulburări de micţiune şi chiar de defecare.

În cazul existenţei ptozei organelor genitale la femei tinere necalificate care urmează să fie orientate sau îndrumate profesional, trebuie să se ţină seama de deficienţele generale menţionate şi să fie repartizate către activităţi predominant şezînde, care să nu solicite eforturi fizice mari şi efort obositor din partea musculaturii centurii abdominale.

Schimbarea sau modificarea locului de muncă nepotrivit este necesară atunci cînd nu se pot asigura, la locul de muncă respectiv, indicaţiile menţionate mai sus. Se recomandă gimnastică medicală şi activităţi sportive.

III.8. Recuperarea cuplurilor cu sterilitate conjugală

— *Sterilitate primară* se consideră cazurile în care după cel puţin doi ani de activitate sexuală normală a unui cuplu nu apare o sarcină.

Scanned with OKEN Scanner

— *Sterilitatea secundară* apare la femeia care a mai avut în antecedente sarcini sau chiar naşteri.

Sterilitatea trebuie diferenţiată de infertilitate, care constă în imposibilitatea de a duce o sarcină la termen. Sterilitatea şi infertilitatea pot avea cauze apropiate şi uneori se pot asocia.

Trebuie precizat că sterilitatea este o problemă a cuplului deoarece, în 30—40% din cazuri, bărbatul este cauza sterilităţii.

Sterilitatea conjugală constituie un grav handicap pentru cuplu şi grevează societatea din punct de vedere biologic şi economic (70).

Diagnosticul. Pentru a putea stabili un diagnostic etiologic exact şi a indica un tratament eficace sînt necesare o serie de explorări mai mult sau mai puţin complicate din care se vor prezenta doar cele minime necesare:

— *anamneza* şi *examenul clinic al ambilor parteneri;*

— *efectuarea rutei profesionale şi a profesiogramei* pentru a depista eventualele cauze de sterilitate sau de infertilitate, favorizate de condiţiile locului de muncă cum ar fi prezenţa la locul de muncă a unor substanţe toxice ca: plumb, arsen, mercur, fosfor, nicotină, benzenul şi omologii săi, precum şi iradiaţiile, trepidaţiile şi vibraţiile de orice fel, care afectează glandele sexuale, celulele germinative şi, în consecinţă, reduc fertilitatea;

— *analize de ordin general* (V.S.H., leucocitoză, glicemie etc.);

— *curba menotermică;*

— *spermograma;*

— testul postcoital în faza ovulatorie şi uneori testul de penetraţie *in vitro;*

— *biopsia de endometru* în faza luteală pentru a evidenţia calitatea terenului unde se va implanta oul;

— *insuflaţia uterotubară kimografică;*

— *histerosalpingografia* care evidenţiază conformaţia uterină şi tubară, precum şi permeabilitatea tubară.

Explorări complementare. În situaţia în care aceste explorări nu au lămurit situaţia şi în următoarele şase luni nu a survenit o sarcină, sînt necesare explorări complementare. Uneori acestea au ca scop lămurirea unui aspect anormal descoperit în prima fază.

La femeie sînt necesare:

— *dozări hormonale sau mai bine proba de stimulare-frenare* preconizată de Jayle şi Palmer care stimulează maximal corpul galben şi frenează steroidogeneza în suprarenală; această probă are un caracter dinamic şi permite depistarea unor insuficienţe funcţionale a corpului galben;

— studii imunologice şi genetice;

Scanned with OKEN Scanner

— celioscopia, care evidenţiază uneori aderenţe sau, în cazul obstrucţiei tubare, permite alegerea tacticii intervenţiei chirurgicale.

La bărbat trebuie executate *dozări hormonale* în oligospermie, iar în caz de azoospermie *biopsia testiculară*, permiţînd diferenţierea unei anomalii secretorii de una excretorie. În sfîrşit, cercetările imunologice şi genetice sînt uneori necesare.

Tratamentul este variat şi complex: hormonal, medical, fizic, psihic, chirurgical, însămînţare artificială. Tratamentul sterilităţii conjugale este adeseori foarte dificil şi costisitor, iar procentul de succese nu răsplăteşte întotdeauna eforturile depuse de medic şi cuplul în cauză. Este necesar ca tratamentul să fie etiologic sau, atunci cînd cauza nu poate fi precizată, să fie cît mai fiziopatogenetic.

Avînd în vedere complexitatea tratamentului, vom reproduce principiile terapeutice, aşa cum au fost ele sistematizate de Panait Sîrbu (48), care conduce, la Spitalul Giuleşti din Bucureşti, unul din cele mai importante şi eficiente servicii de combatere a sterilităţii din ţara noastră. După P. Sîrbu (48), posibilităţile terapeutice ale sterilităţii feminine în funcţie de factorii etiologici sînt:

a) *În cazul în care sterilitatea este secundară factorilor vulvovaginali,* tratamentul va fi în funcţie de cauză: infecţiile se tratează etiologic (vezi tratamentul vaginitei); modificările mediului vaginal se tratează în funcţie de pH. În aciditatea vaginală crescută se recomandă irigaţii vaginale cu apă alcalină înaintea raporturilor sexuale în zilele premergătoare ovulaţiei sau se face irigaţie vaginală seara la culcare. Plăcerea sexuală este numai favorizantă, dar nu indispensabilă fecundării, de aceea frigiditatea nu necesită un tratament în legătură cu sterilitatea. În cazurile de eliminare imediată a spermei din vagin, se recomandă apropierea coapselor şi ridicarea pelvisului cu o pernă, în timpul şi după raportul sexual.

b) *În prezenţa factorilor cervicali,* cea mai frecventă situaţie este dată de infecţia colului (cervicită şi endocervicită cronică). În stenozele cervicale congenitale sau cîştigate se face dilatarea colului cu bujii metalice (cu sau fără introducerea unei laminarii pentru 12—24 de ore); procedura nu se aplică în cazul infecţiilor locale. În stenoza orificiului extern se recurge la stomatoplastie, în timp ce în stenozele cicatriceale netratabile este indicată însămînţarea artificială. La bolnavele cu gleră redusă se pot administra estrogeni înaintea ovulaţiei presupuse, cu scopul de a mări filanţa şi deci permeabilitatea acesteia la spermatozoizi.

c) *Factorii uterini:* hipoplaziile uterine (foarte greu de tratat) răspund uneori la estrogeni sau la diatermie (în general, răspund la tratament hipoplaziile consecutive deficienţelor hipofizoovariene

Scanned with OKEN Scanner

și nu răspund cele care se datoresc lipsei de receptivitate a uterului). În retrodeviațiile uterine se recurge la ligamentopexie (este nevoie de o explorare completă, inclusiv histerosalpingografică și celioscopică, înainte de a se decide operația, fiindcă sterilitatea în retrodeviațiile uterului este de cele mai multe ori datorită proceselor inflamatorii periuterine și perituboovariene, prolabării ovarelor sau endometriozei cu care se asociază frecvent); în tumorile fibromiomatoase ale uterului este indicată miomectomia simplă sau multiplă, cu deschiderea cavității uterine în localizările endocavitare. În hiperplazia polipoasă a endometrului și în polipii mucoși endocavitari, chiuretajul uterin este indicat, fiind justificat de metroragiile provocate de aceste situații. În tuberculoza endometrului, tratamentul este etiologic antibacilar.

d) *În prezența factorilor tubari* — în anexitele acute și subacute — repausul la pat și tratamentul antibiotic asociat cu prednison oferă cele mai bune rezultate.

În tuberculoza tubară activă, tratamentul durează cel puțin un an și jumătate (în cazul tuberculozelor genitale șansele privind prognosticul sterilității sînt foarte reduse), riscul sarcinii extrauterine la cazurile tratate fiind de 9 din 10 (Palmer).

În tuberculoza inaparentă clinic și cu obstrucție tubară confirmată radiologic, tratamentul medical este discutabil (în general nu este necesar), iar cel chirurgical este inutil.

În salpingitele cronice banale, cu pasaj anevoios (stenoze), ca și în unele forme obstructive se pot obține rezultate favorabile cu multiple metode terapeutice, unele simple, altele de durată. De exemplu: sarcina urmează insuflației uterotubare sau histerosalpingografiei, ambele făcute în scop diagnostic și care au deseori și efect terapeutic. Tratamentele de durată sînt complexe. Menționăm două procedee: perfuziile uterotubare medicamentoase și insuflația uterotubară repetată, asociată cu fizioterapie (ultrascurte). Soluțiile medicamentoase care se introduc prin perfuziile uterotubare sînt alcătuite din: antibiotice (penicilină, tetraciclină) pentru efectul lor antiinfecțios, hidrocortizon (50—100 mg) pentru acțiunea antiflogistică, hialuronidază și alfa-chimiotripsină (medicamente litice tisulare), dizolvate în ser fiziologic sau soluție din xilină 1% (rol trofic). Cantitatea soluției care se introduce este de 10 ml. Introducerea amestecului de medicamente se face de preferință cu aparatul de insuflație cu înscriere manometrică (P.U.T.K.) sau cu aparatul Schultze pentru histerografie. În ambele situații, după introducerea soluției, se lasă aparatul pe loc 20 minute pentru a se evita eliminarea ei prin col. Se folosește perfuzia lentă, timp de 6—8 ore. Tratamentul cu perfuzii se face timp de 2—3 luni, cîte

Scanned with OKEN Scanner

două pe săptămînă, de preferință în faza proliferativă a ciclului. Înaintea unei cure balneare (Sovata, Techirghiol, Amara, Vatra Dornei) sau după aceasta, se face un tratament de trei luni, cu ultrascurte sau diatermie cu pol vaginal, 10—15 ședințe pe lună, la care se adaugă insuflația uterotubară kimografică simplă, una pe lună; în obstrucțiile tubare organizate și care nu răspund la tratamentele medicale repetate se recurge la tratamentul chirurgical (indicația operatorie se face pe datele histerosalpingografiei și ale celioscopiei), ținîndu-se cont de natura leziunii și de vîrsta femeii; sînt excluse de la tratamentul chirurgical obstrucțiile produse de tuberculoză și femeile ce depășesc vîrsta de 35 de ani. În general, rezultatele tratamentului chirurgical nu sînt încurajatoare, fiindcă în procesul fecundației intervin și alți factori fiziologici tubari în afara celui mecanic, pe care operația nu îi ameliorează (motilitatea și starea mucoasei). Selecționarea cazurilor, tehnicile operatorii ameliorate și tratamentele speciale medicamentoase intra- și postoperatorii reușesc să obțină permeabilizarea trompei în aproape 60% din cazurile operate, însă sarcinile apar numai într-o proporție de 20—25%, din care 1/4 sînt sarcini avortate și 1/4 sarcini extrauterine. Procedeele operatorii cele mai folosite sînt: codonoliza, salpingostomia terminală Palmer, salpingostomia termino-laterală Polloson, salpingectomia parțială cu neostomie terminală în manșetă Holden-Sovak, salpingostomia liniară Challier, implantarea tubouterină Palmer sau Bourg, simplă sau cu tutore de polietilen. Aceste operații plastice se pot face uni- sau bilateral. Desfacerea aderențelor perianexiale (anexoliza), a celor perisalpingiene (salpingoliza) și a celor periovariene (ovarioliza) oferă cele mai bune rezultate, dar prin natura lor, aceste intervenții nu pot fi încadrate în grupa operațiilor plastice.

— *Tratament intraoperator:* se lasă în cavitatea peritoneală antibiotice dizolvate și cortizon (800 000 U penicilină + 100 mg cortizon) înainte de a se închide peretele abdominal, pentru a se evita formarea aderențelor. Se poate lăsa un cateter de plastic „à demeure", în cavitatea peritoneală, prin care se pot introduce antibiotice și cortizon în următoarele zile după operație.

— *Tratament postoperator:* antibiotice parenteral (penicilină + streptomicină) cu caracter profilactic, timp de șapte zile și prednison per os 10 mg/zi, timp de două săptămîni, apoi 5 mg pînă la o lună de la operație.

Dacă evoluția postoperatorie este favorabilă, fără febră și metroragie, se pot face perfuzii uterotubare lente cu hidrocortizon + penicilină sau hialuronidază, la 2—3 zile interval. Palmer recomandă prima insuflație de control la 1—2 luni de la operație și a doua,

Scanned with OKEN Scanner

după trei luni. Histerografia de control se face după 4—6 luni de la operație. Dacă după 18 luni de la operație femeia nu rămîne gravidă, se face o celioscopie de control, cu care ocazie se pot descoperi unele aderențe care se pot secționa intracelioscopic.

e. *Factorii ovarieni* se tratează în modul următor: tratament medicamentos și fizioterapic prelungit și repetat în anexite; tratament chirurgical în sechele inflamatorii periovariene (ovarioliză), în tumorile benigne, în sindromul Stein-Leventhal (rezecție cuneiformă) în endometrioză (enucleare). Unele mici intervenții se pot face cu ocazia celioscopiei (secționarea unor aderențe, puncționarea chisturilor ovariene distrofice). Semnalăm și frecvența apariției sarcinilor după biopsiile de ovar intracelioscopice, făcute în scop diagnostic. Tratamente hormonale se fac în distrofia polichistică o ovarului (progestative de sinteză) pentru 3—4 luni. După oprirea tratamentului de „blocaj" pot apărea cicluri ovulatorii urmate de sarcini (fenomen rebound). În anovulațiile și insuficiențele de corp galben produse de sindromul endocrin hiperandrogenic de origine suprarenală, se recomandă tratament cortizonic 5 mg/zi timp de 2—3 luni (dozarea de 17-cetosteroizi și curba termică sînt criteriile de urmărire a efectelor tratamentului cortizonic).

— *În obezitate* se recomandă regim alimentar de slăbire.

— *În hipotiroidie* se administrează extracte de tiroidă.

— *În insuficiențele ovariene cu anovulație* există două posibilități terapeutice importante: administrarea de *clomiphen* sau gonadotrofine. Clomiphenul se administrează în doze de 50—100 mg/zi sub formă de tablete, timp de 5—7 zile, începînd din ziua a 5-a a ciclului. Tratamentul se repetă cîteva luni, fără să se depășească șase cicluri. Procentul de sarcini după acest tratament este de 10—30%, uneori survin sarcini multiple. Rezultatele cele mai bune se obțin în sindromul Stein-Leventhal sau în sindroamele așa-numite „stenoide". În amenoreea primară efectele sînt nule, deficiența fiind hipotalamo-hipofizară. Citratul de clomiphen produce și accidente, ca urmare a efectelor de hiperstimulare, de aceea tratamentul se face numai sub control medical. Prognosticul sarcinilor obținute este grevat de marele număr de avorturi spontane, probabil din cauza insuficienței corpului galben și a tulburărilor de placentație consecutive. De aceea, dacă testele de laborator (dozarea estrogenilor) și clinice (curba termică) arată prezența ovulației, se recomandă să se stimuleze corpul galben cu gonadotrofine corionice (5 000 u.i.) în primele zile ale decalajului termic sau 125 mg de progesteron-retard (caproat de 17-alfa-hidroxi-progesteron) în zilele 18 și 23 ale ciclului. Clomiphenul are acțiune antiestrogenică și, în consecință, stimulează funcția gonadotropă hipotalamo-hipofizară,

Scanned with OKEN Scanner

în special producerea de L.H. (hormonul de luteinizare). Una din condițiile reușitei tratamentului cu clomifen este să existe înainte de tratament o secreție minimă de estrogeni endogeni. Cazurile în care nu există estrogeni endogeni și dozările de hormoni gonadotropi arată absența lor sau cifre foarte scăzute, sînt indicate pentru tratamentul de substituție cu gonadotrofine.

Gonadotrofinele folosite sînt cele extrase din urina de femeie la menopauză (H.M.G.), cunoscute sub numele de Humegon și Pergonal. Actualmente sînt cele mai eficiente produse hormonale de stimulare a ovulației. Se administrează în injecții. Acțiunea lor este de stimulare predominantă de tip F.S.H. și, în mică măsură, de tip L.H. Riscurile de hiperstimulare sînt frecvente (sarcini multiple) și uneori accidente grave (transformarea ovarelor în chisturi voluminoase, tromboze vasculare). Tratamentul se face numai sub control medical și biologic (mărimea ovarelor, dozarea estrogenilor, dozarea L.H., scorul cervical, cristalizarea glerei cervicale, indicile acidofil) după fiecare săptămînă de tratament. Nu se poate indica o schemă de tratament fixă, aceasta fiind adoptată de la caz la caz, în raport de răspunsurile ovariene. Tratamentul se poate începe cu H.M.G., 1 fiolă/zi, șase zile (foliculostimulent). A 7-a zi control. Încă șase zile cîte o fiolă de H.M.G.+H.C.G. 1 000 u.i. (foliculostimulent și luteostimulent). Control a 14-a zi. Dacă testele biologice sînt pozitive, se face în continuare H.C.G. 1 500 u.i. la două zile timp de 12 zile (luteostimulent de întărire). În momentul apariției durerilor, tratamentul se oprește. Dacă după primul tratament difazic (H.C.G.+H.M.G.) nu se obține sarcina, acesta se reia după o pauză de 3—4 luni, cu doze duble. Tratamentul cu H.M.G. nu se face în sindromul Stein-Leventhal și nici la cazurile la care dozarea de hormoni gonadotropi arată cifre peste 30 u. Cu acest tratament se pot obține sarcini în 40% pînă la 70% din cazuri (incidența sarcinilor multiple fiind de 30% și a avorturilor spontane de 29% din cazuri).

— *În insuficiența corpului galben* (factor ce poate împiedica nidația oului) se administrează H.C.G. (1 500—3 000 u.i.) 4—6 injecții, la două zile interval, din a 3-a zi a platoului hipertermic.

— *Tratamentul fizic* constă în ședințe repetate de diatermie cu pol vaginal, de ultrascurte și cure balneoclimaterice (Sovata, Techirghiol) în procesele inflamatorii reziduale, în hipoplaziile uterine și în amenoreele psihogene. Radioterapia hipofizoovariană (metoda Kaplan) în doze de excitație (240 r pentru hipofiză și 300 r pentru ovare) este indicată în unele amenoree și în cicluri anovulatorii.

— *În tulburările psihosomatice* se recurge la clorpromazină, 2 tablete/zi, de cîte 25 mg administrate în zilele de 11—14 ale ciclului. Psihoterapia este foarte importantă și nu odată se instalează

Scanned with OKEN Scanner

cicluri ovulatorii urmate de sarcini, după prima consultație medicală, înaintea oricărui tratament ca urmare a dispariției anxietății și a tensiunii nervoase.

— *Însămînțarea artificială* se face, fie cu sperma soțului, fie cu sperma de la „donator". Cu sperma soțului este indicată în tulburările de ejaculare, în patologia colului și în oligoastenospermie. Însămînțarea se face în ajunul sau în ziua ovulației, fie intracervical, fie intrauterin, cu spermă proaspătă. Se recomandă respectarea tuturor regulilor de asepsie în legătură cu instrumentele întrebuințate și nu se folosesc antiseptice în vagin sau pe col. Însămînțarea se repetă cîteva luni în șir. Cînd se folosește sperma de la „donator" se cere cercetarea amănunțită a sănătății acestuia, păstrarea secretului absolut privitor la identitatea cuplului și a donatorului, precum și acordul scris, de principiu, al ambilor soți.

— *Tratamentul sterilității masculine* este de obicei rezervat urologului sau endocrinologului. În cazurile cu azoospermie excretorie, tratamentul este chirurgical: anastomoză epididimodeferențială sau anastomoză termino-terminală a canalelor deferente. În azoospermia testiculară, la care biopsia arată prezența de spermatogonii, se face tratament de stimulare cu gonadotrofine umane (H.M.G.), cîte 1 fiolă/zi, timp de 60 de zile, sau cu testosteron, 50 mg/săptămînă, timp de șase săptămîni.

— *Alte metode de tratament:* antibiotice în infecțiile cronice (abundență de leucocite în spermogramă), extracte tiroidiene (0,05—0,10 g/zi) la hipotiroidieni, arginină (10 g/zi), hidrazidă, estrogeni, vitamina (A+E) și însămînțarea artificială.

Probleme sociale

Sterilitatea conjugală, ca și infertilitatea, nu este numai o problemă biologică. Ea implică numeroase aspecte socioeconomice care se rezolvă treptat în condițiile societății socialiste în continuă și multilaterală dezvoltare.

Asigurarea condițiilor, din ce în ce mai bune, de viață și de muncă, culturalizarea poporului, igienizarea întregii vieți, cultivarea optimismului și încrederii în viitorul din ce în ce mai fericit sînt premize care asigură continuarea atît a speței umane în general, cît și a urmașilor fiecărui individ luate în parte. Se poate spune că împlinirea unui om este numai atunci desăvîrșită, cînd, înainte de-a închide definitiv ochii, are senzația datoriei împlinite atît față de societate, cît și față de familie, „iar dacă în ceasul ultim al vieții,

Scanned with OKEN Scanner

alături de cel care trece sînt prezente și cele două generații care urmează, atunci nu închei viața, ci doar ciclul tău, lăsînd pe celelalte în seama urmașilor" (N. Mărgineanu).

III.9. Recuperarea femeilor cu tulburări de sexualitate și sensibilitate

După cum pe drept cuvînt afirmă Robert, „dacă ar fi să acordăm problemelor de psihopatologie sexuală locul pe care îl ocupă în realitate în cadrul consultațiilor ginecologice, specialistul ginecolog ar trebui să devină pe jumătate sexolog" (41).

Principalele dificultăți sexuale care obligă bolnava să treacă peste pudoarea sa naturală, sau greșit indusă educațional, și să se destăinuie ginecologului sînt:

III.9.1. Vaginismul

Vaginismul constă într-o contractură involuntară și invincibilă a ridicătorilor anali și a mușchilor adductori ai coapselor care fac imposibil orice raport sexual.

Femeia se adresează medicului tîrziu după eșecul tentativelor de raport sexual. Uneori suferința este descoperită accidental cu ocazia unei tentative de consult ginecologic.

Vaginismul poate fi primitiv și în aceste cazuri cauza este de cele mai multe ori de ordin psihic. Vaginismul secundar este excepțional de ordin psihic și în general are la bază un teren lezional (vulvovaginită, tumoră vulvară, malformații).

Tratamentul are ca scop în primul rînd evidențierea fondului lezional și asanarea sa etiologică. În cazul vaginismului primar, locul central îl ocupă tratamentul psihosomatic bazat pe psihoterapie și ședințe de dilatare progresivă a introitului vaginal, atunci cînd bolnava nu mai evocă cu spaimă raportul sexual și introitul vaginal este dilatabil fără durere, sexualitatea este admisă și chiar indicată.

III.9.2. Frigiditatea

Frigiditatea este definită actualmente ca o lipsă a satisfacției sexuale la femeie.

Scanned with OKEN Scanner

— **Frigiditatea primară** pune probleme deosebite de diagnostic și tratament.

Anamneza trebuie luată cu mare atenție și trebuie să vizeze ambii membri ai cuplului, mai întîi separat, apoi împreună. Se va insista asupra mediului familial în care s-a dezvoltat pacienta și de foarte multe ori se va putea identifica un mediu dezorganizat și conflictual (58), în care viitoarea femeie a primit o educație sexuală greșită sau nici nu a fost măcar inițiată în aceste probleme. Este important de asemnea să identificăm eventualele traume psihofizice suferite în copilărie sau adolescență și să ne interesăm dacă bolnava a avut vreodată (în adolescență) senzații psihice sau fizice evocînd plăcerea sexuală (lipsa oricăror amintiri în acest domeniu este de un prognostic nefavorabil). Un alt element important anamnestic este caracterizarea debutului vieții sexuale, precum și a cadrului și condițiilor sociale în care aceasta se desfășoară.

— **Frigiditatea secundară** este de cele mai multe ori organică ea poate apare la debutul menopauzei datorită unui dezechilibru hormonal și totodată nervos. Sterilitatea poate fi și ea cauză de frigiditate atunci cînd pe plan psihic, bolnava nu diferențiază instinctul sexual și cel de reproducere.

Unii autori sînt de părere că o anticoncepție cu pilule estroprogestative, prin scăderea nivelului de estrogeni, poate produce frigiditate secundară.

În sfîrșit, dar nu pe ultimul loc, se situează leziunile aparatului genital (infecții, tumori, malformații). În această categorie se încadrează și bolnavele operate în sfera genitală pentru leziuni benigne și în special cele care au suferit histerectomii sau anexectomii.

Tratamentul frigidității este complex și trebuie făcut în colaborare cu un psihiatru sau psiholog. Ginecologului îi revine sarcina de a evidenția și trata orice leziune organică sau dezechilibru hormonal.

Psihoterapia se adresează cuplului și are ca scop dezinhibarea partenerilor, dezvoltarea sensibilității femeii (respectiv conștientizarea acesteia asupra sensibilității proprii, adeseori ignorată) și armonizarea cuplului pe toate planurile.

III.9.3. Dispareunia

Dispareunia definită prin prezența durerii la contactul sexual poate fi clasificată ca primară sau secundară, superficială sau profundă și, în sfîrșit, permanentă sau intermitentă.

Scanned with OKEN Scanner

În general, anamneza și examenul genital atent descoperă leziuni organice, vulvare, vaginale sau uterine (cicatrice vicioase, infecții, retroversie fixată, sindrom Allen-Masters sau endometrioză). Tratamentul acestora rezolvă afecțiunea.

În lipsa oricărei leziuni organice, dispareunia primară este asociată de obicei cu vaginismul, iar cea secundară, traduce o stare conflictuală conjugală.

Tratamentul este în ambele cazuri psihoterapic și trebuie efectuat în echipă cu un psihiatru sau psiholog avizat.

III.9.4. Recuperarea sexuală a femeilor cu cancer genital operat

Chirurgul ginecolog este confruntat, în cazul intervențiilor pentru cancer genital, nu numai cu rezolvarea medicală a procesului malign, dar mai ales în cazul femeilor tinere, cu redarea lor în mediul familial, recuperate din punct de vedere sexual (total sau cel puțin parțial).

Avînd în vedere faptul că anatomia și fiziologia organelor genitale este de cele mai multe ori necunoscută chiar pentru femei cu un grad ridicat de culturalizare și cu activitate sexuală normală, trauma psihică în fața alternativei unei intervenții chirurgicale de exereză, poate fi extrem de accentuată.

Din considerente de cultură insuficientă, datorită unei educații sexuale deficitare în adolescență sau pe baza unor convingeri religioase, bolnava echivalează, pe plan psihic, pierderea uterului (respectiv a ciclului menstrual și a fertilității) cu pierderea libidoului și a posibilităților de copulație.

Manoperele terapeutice ale chirurgului oncolog care se pot extinde de la o simplă conizație pentru un cancer intraepitelial, pînă la exenteraţia pelvică, cu mari mutilări, pot pune probleme deosebite în desfășurarea ulterioară a vieții sexuale; de aceea bolnava trebuie informată și prevenită din timp asupra lor. Pentru aceasta este necesară în primul rînd explicarea clară, față de nivelul cultural al bolnavei, a anatomiei și fiziologiei organelor genitale, precum și a posibilităților de practicare a sexualității. Trebuie desigur să ne informăm, prin discuții repetate cu bolnava, asupra obiceiurilor sale sexuale (13), (51).

Ulterior, cînd s-a realizat o apropiere afectivă și s-a cîștigat încrederea bolnavei i se va explica în ce constă intervenţia chirur-

Scanned with OKEN Scanner

gicală și ce tulburări genitale și sexuale sînt de așteptat. Este bine ca la aceste discuții să participe și soțul, deoarece astfel bine informat, el devine un ajutor extrem de important pentru medic. Aceste discuții între medicul curant și cuplu sînt extrem de importante pentru o informare corectă a partenerilor și pentru evitarea însușirii unor informații eronate (de la prieteni, rude, sau publicații mai mult sau mai puțin competente).

Principalele probleme pe care le pune chirurgia de exereză în fața desfășurării unei sexualități satisfăcătoare sînt:

— scurtarea vaginului și

— modificarea lubrifiației naturale a vaginului și tendința acestuia la coalescență mai ales la bolnavele care au făcut și radiumterapie. Partenerii vor fi sfătuiți să adopte poziții care să permită o intromisiune nedureroasă și eventual să permită o prelungire artificială a vaginului ca, de exemplu, apropierea coapselor. Se va indica aplicarea de unguente pe bază de estrogeni, care, pe lîngă efectul de lubrifiație, au o acțiune pozitivă asupra celulelor epiteliului vaginal.

Bolnavele care au suferit o vulvectomie sînt private de zonele erogene vulvare și pot prezenta o stenoză a introitului. Anomalia anatomică poate fi corectată chirurgical prin operații plastice. Partenerul va fi sfătuit să stimuleze celelalte zone erogene, atît de „generos" repartizate pe suprafața corpului la femeie.

O problemă deosebită o ridică bolnavele cu exenterație pelvică, la care, pe de o parte, prezența anusului contra naturii poate constitui un inconvenient de ordin estetic, iar pe de altă parte extirparea ridicătorilor anali poate fi urmată de hernii de diferite grade la nivelul pelvisului. În aceste situații, după 12—18 luni de la intervenție, se poate tenta o plastie de vagin prin care se creează un conduct copulator.

Sexualitatea unui cuplu nu poate fi în totalitate înțeleasă izolînd procesul fiziologic (numărul raporturilor sau pozițiile utilizate) de personalitatea și dorințele ființelor umane implicate în acest proces. Dragostea, răbdarea, imaginația și, dacă ne putem permite să afirmăm, un oarecare simț al umorului, sînt de o valoare nemăsurată în reabilitarea acestor situații.

În orice caz se consideră astăzi (13) că reabilitarea sexuală a bolnavelor operate de cancer genital nu aparține numai psihiatrului, psihologului sau sociologului, ci este o parte importantă a tratamentului în care locul central îl ocupă chirurgul.

Scanned with OKEN Scanner

III.9.5. Recuperarea femeilor cu activitate sexuală întîmplătoare și dezordonată

În țara noastră, condițiile social-economice și morala socialistă tind să limiteze la maximum aceste situații. Mijloacele de mass-media, organizațiile de tineret, școala, familia, colaborează pentru a da tinerilor o educație care să îi îndrume către învățătură și muncă, abătîndu-li-se atenția de la asemenea preocupări înjositoare.

Totuși influențele negative ale societății capitaliste de consum se resimt uneori și la noi în acest domeniu, fapt care necesită (cu excepția cazurilor ce aparțin psihiatriei) o vigilență sporită și o strînsă colaborare între familie, școală, organizații de masă, pentru educarea tineretului prin muncă și pentru muncă.

O atenție deosebită trebuie acordată „fetelor-mame", adică femeilor necăsătorite care devin mame și își cresc singure copii. Mama și copilul trebuie ajutați pre- și postnatal, în funcție de situația socio-economică concretă. Dacă acestea nu-i permit mamei să își îngrijească copilul, el trebuie internat în așezămintele create în acest scop *(leagăne de copii)*. Mama trebuie reeducată și ajutată să-și formeze o familie organizată și în orice caz să evite „sexualitatea întîmplătoare". *O sarcină deosebită este orientarea profesională și profesionalizarea acestor femei.* În cazul cînd sînt profesionalizate, se recomandă încadrarea sau reîncadrarea lor în muncă (în raport cu calificarea, aptitudinile, aspirațiile și necesitățile economice).

III.10. **Recuperarea femeilor cu malformații congenitale ale aparatului genital**

Diferențierea sexuală se realizează prin mecanisme genetice și prin intermediul factorilor umorali-hormonali și metabolici.

Determinarea hormonală a sexului și morfologia sa ulterioară, în măsura în care este influențată hormonal, este produsă de hormonii sexuali ai glandelor sexuale: ovar și testicul.

Originea embrionară a celor două gonade este comună — mugurele genital — care apare la embrionul de 10 mm, lîngă rinichii embrionari, sub forma unui epiteliu germinativ, cu cordoane celulare spinoase și neregulate.

Diferențierea gonadei — în masculin sau feminin — se produce cînd embrionul este de 18—20 cm.

Scanned with OKEN Scanner

Organele genitale feminine se dezvoltă din canalele Müller, în cursul dezvoltării lor (21), (27), (62), putînd apare o serie de tulburări, dintre care citãm:

— lipsa completă sau parţială a unuia sau ambelor canale; ele pot exista sub formă rudimentară sau cu o tunelizare incompletă;

— lipsa completă sau parţială a unirii porţiunii inferioare a celor două canale:

— oprirea dezvoltării canalelor după unirea lor.

Ca urmare a acestor afecţiuni se pot întîlni următoarele tulburări în dezvoltarea uterului şi a vaginului: lipsa completă sau parţială a acestor organe *(aplazia);* dezvoltarea lor dublă; diferite grade de oprire în dezvoltare *(hipoplazie).* În practica curentă, se întîlnesc diferite forme ale acestor malformaţii, care apar mai ales după debutul funcţiei menstruale.

III.10.1. Malformaţii şi anomalii ale vulvei

Absenţa vulvei. Absenţa completă a vulvei este posibilă sub forma absenţei labiilor mici şi mari sau atrofiei lor. Mai putem întîlni la acest nivel atrezia completă a vulvei şi uretrei, cînd nu există orificiu vulvar, meat urinar şi nici orificiu anal. Aceste malformaţii trebuie recunoscute imediat după naştere şi ori de cîte ori evidenţiem unele mici malformaţii aperente, să ne gîndim la altele care interesează segmentele superioare.

Absenţa despărţiturilor cloacei. În cazul cînd lipsesc septurile care despart cloaca, vom găsi cele trei canale — uretra, vaginul, rectul — deschizîndu-se într-o singură cavitate. S-au descris următoarele varietăţi ale acestei malformaţii: anus vaginal, anus vestibular, anus perineal şi comunicare rectovaginală.

Hipospadiaza. În timpul evoluţiei embriogenetice, sinusul urogenital este împărţit în două de un perete:

— partea anterioară uretrală (canalul uretral);

— partea posterioară (canalul vaginal).

Dacă acest perete despărţitor nu se va forma, atunci uretra se deschide în vagin, constituind hipospadiaza. La aceste persoane, clitorisul poate fi hipertrofiat, realizînd un grad de hermafroditism. Denumirea de hipospadiază nu este corectă la femeie, deoarece uretra se deschide totdeauna sub clitoris. Vom distinge două varietăţi şi anume: uretra şi vaginal se deschid în canalul vestibular şi uretra lipseşte, vaginul şi vezica se deschid în sinus.

Scanned with OKEN Scanner

Epispadiaza. Atît la bărbat, cît şi la femeie, epispadiaza este mai rară ca hipospadiaza. Etiologic, epispadiaza (spadion=spaţiu, deschidere) constă din deschiderea anormală a uretrei pe faţa superioară a clitorisului.

Atunci cînd sînt prezente şi modificări în dezvoltarea peretelui alantoidian anterior, se realizează şi extrofia vezicii. Frecvenţa acestei anomalii este de 1/50 000 de naşteri, cu următoarele variante: epispadiaza clitoridiană subsimfizară şi retrosimfizară.

Marformaţiile uretrale. Sînt rare şi de obicei însoţite şi de malformaţii ale segmentelor superioare ale tractului urinar, ca rinichiul polichistic sau modificări ale bazinetului. În cadrul malformaţiilor vulvei se recunoaşte ureterul aberant, ca o malformaţie rară, în care un ureter se deschide la nivelul introitului în loc de vezică, producînd incontinenţă de urină încă de la naştere. Diagnosticul se poate preciza la nou-născut prin administrarea de albastru de metilen, cînd se constată eliminarea de urină colorată în albastru printr-un orificiu situat imediat lîngă labia mică. Malformaţia se realizează prin anomalii ale canalului Wolff.

Tratamentul constă din reimplantarea ureterului în vezică, dacă se poate sau dacă tehnic nu este posibil se face nefrectomie.

În cadrul acestei malformaţii putem întîlni trei variante: abuşarea ureterului în vulvă; abuşarea ureterului în vagin şi abuşarea ureterului în cloacă.

Sinechii ale labiilor. În aceste cazuri se constată lipsa labiilor mari, în parte, lăsînd numai un orificiu mic, prin care se drenează atît sîngele menstrual, cît şi urina. Malformaţia este rezultatul unei maturaţii incomplete a sinusului urogenital sau a unor traumatisme, escoriaţii sau inflamaţii.

Tratamentul constă din incizie şi apoi pansamente cu meşă îmbibată în vaselină, pentru a se evita reaglutinarea.

Malformaţiile himenului. Himenul, prezintă importanţă din punct de vedere medical şi medicolegal. La fetiţa nou-născută, himenul se deschide în vagin, ca şi extremitatea unui deget de mănuşă. La fetiţa în prima şi a doua copilărie, examinarea himenului se face îndepărtînd bine labiile mari.

Orificiul himenal permite introducerea unei sonde vezicale sau chiar degetul mic. Cele mai frecvente malformaţii ale himenului sînt:

— fosetele şi bridele himenale care nu trebuie confundate cu himenurile duble ce ar însoţi septurile vaginale;

Scanned with OKEN Scanner

— absența himenului, după unii autori, nu ar exista, afară de cazul cînd există și o atrezie a vulvei;

— anomalii de situație (în mod normal la fetiță, himenul este situat profund față de introitul vulvar), anormal poate fi situat mai în exterior sau mai adînc;

— anomalii în legătură cu numărul; s-au descris mai multe himene suprapuse, deși este discutabil dacă acestea sînt himene veritabile sau sînt un fel de septuri transversale ale vaginului.

Ginatrezia. Constă din obliterarea extremității vaginului în urma imperforării himenului. De obicei, ea este congenitală în cadrul malformațiilor congenitale și numai foarte rar poate fi cîștigată prin vulvovaginitele gripale, difterice, variolice, în perioada copilăriei. Ginatreziile se pot produce la oricare nivel al traiectului canalului Müller care la început este plin și numai prin resorbția celulelor epiteliale se tunelizează. Forma clinică cea mai frecventă este: atrezia himenală ce se realizează prin lipsa deschiderii sinusului urogenital. Membrana himenală, fiind din țesut fibroepitelial, este prezentă, dar este imperforată. Himenul nu are orificiu, este un himen imperforat.

Malformația nu se manifestă prin nici o suferință pînă la pubertate cînd bolnava acuză dureri în hipogastru. Starea generală este alterată, prezintă amețeli, palpitații, caracterele sexuale primare și secundare bine dezvoltate, dar menstruația lipsește. Aceste fenomene sînt din ce în ce mai pronunțate. În faza avansată la examenul genital se evidențiază himenul proeminent și sub tensiune. Prin tușeu rectal se constată o tumoră alungită fluctuentă — hematocolposul — care ocupă micul bazin, este situat între vezică și rect și împinge uterul deasupra simfizei. Cînd sîngele se acumulează în cantitate mare, el destinde cavitatea uterină, constituind hematometria, sau trece în trompe, formînd hematosalpinxul.

Diagnosticul nu este ușor în caz de atrezie himenală situată mai sus sau cînd se asociază cu malformații duble. În asemenea cazuri diagnosticul va fi pus numai prin laparotomie. A indica o laparotomie însă numai pentru un hematocolpos (hematometrie simplă) este o mare greșeală de diagnostic și atitudine; trebuie să fim atenți pentru a nu confunda tumora cu o sarcină mare sau cu un chist.

Ginatrezia cîștigată se produce în urma adeziunilor pereților vaginali sau stricturării colului.

Tratamentul constă din incizarea himenului și dilatarea digitală a orificiului de incizie sau excizia unei zone centrale. Dezinfecția riguroasă a regiunii și tratamentul antibiotic pre- și postoperator sînt obligatorii.

Scanned with OKEN Scanner

III.10.2. Malformaţii şi anomalii ale vaginului

Malformaţiile şi anomaliile vaginului se evidenţiază cu ocazia debutului pubertăţii, cînd se pune întrebarea dacă este vorba de o *atrezie*, adică lipsa lumenului, sau de o *aplazie*, lipsa completă a segmentului (49), (62).

Absenţa vaginului este rară. Ea poate fi parţială sau totală. Din *punctul de vedere al prognosticului funcţional* se deosebeşte:

— absenţa vaginului şi absenţa uterului, cînd, chiar dacă se va crea un vagin, funcţia de reproducere va fi exclusă;

— absenţa parţială a vaginului, cu uter şi trompe prezente, cînd, prin intervenţii de chirurgie plastică, funcţia de reproducere poate fi restaurată.

Aceste malformaţii ies în evidenţă la o adolescentă amenoreică, cu hematometrie, sau la o femeie tînără nesatisfăcută de sexualitatea ei.

Aspectul morfologic al bolnavelor este în general normal, caracterele sexuale secundare sînt feminine, bine evidenţiate, glandele mamare sînt bine dezvoltate, sistemul pilos, repartizarea ţesutului grăsos, forma bazinului, sînt feminine, iar ovarele sînt de cele mai multe ori prezente.

Examenul organelor genitale externe ne dă următoarele relaţii:

— vulva este formată din toate punctele de vedere;

— orificiul uretral este situat sub şi înapoia clitorisului, dar deplasat înapoi, spre anus;

— himenul există în întregime sau parţial; deasupra sa, la examenul genital, ne vom da seama că există o depresiune, cu boltă care poate avea 1—3 cm;

— orificiul anal este normal;

— perineul este scurt şi strîmt.

Informaţiile pe care le putem căpăta despre organele genitale interne pot fi următoarele:

— toate segmentele superioare supravaginale pot fi prezente şi aplazia poate fi localizată numai la nivelul vaginului, cazuri în care ne vom strădui să restabilim cavitatea, să ajungem pînă la uter pentru ca pe urmă prin tratamente hormonale să-l aducem la un astfel de grad de dezvoltare încît să-şi poată îndeplini funcţia de reproducere;

— segmentele superioare lipsesc în urma unei aplazii müllériene complete, cazuri în care se tinde la realizarea unei cavităţi vaginale care să permită viaţa sexuală.

Scanned with OKEN Scanner

Pentru a ne face o imagine mai clară asupra organelor genitale interne, vom proceda sistematic, cercetînd și făcînd uz de toate mijloacele de investigație. Tușeul rectal trebuie să ne dea relații asupra stării septului rectovezical, existența uterului, existența ovarului. Pentru a ne ușura acest examen și a ne completa informațiile, vom introduce o sondă în vezică. Celioscopia ne permite o explorare mai completă a organelor din bazin, uter, trompe, ovare. Explorarea traiectului urinar prin cistoscopie și urografie sînt necesare. Din anamneză ne vom informa asupra psihismului bolnavei, a libidoului și atitudinilor de comportament.

Tratamentul. Dintre toate aplaziile, numai aceea a vaginului poate fi corectată chirurgical, prin următoarele metode:

— o metodă simplă, nesîngerîndă, constă din a dilata progresiv și sistematic depresiunea care există. Printr-o presiune gradată, progresivă și continuă, aplicată pe teritoriul ales cu ajutorul unor compresoare speciale, se ajunge după un timp mai îndelungat să se formeze un vagin artificial;

— o altă metodă, sîngerîndă, constă din a face o disecție între uretră și rect și a lăsa un mulaj plastic pe loc, timp de 8—10 săptămîni. Epiteliul crește de la nivelul introitului, acoperind pereții cavității;

— grefele libere pot fi grefe dermoepidermice sau grefe ovulare diverse (amniosul a fost propus de Brindeau). S-au propus proteze acoperite de vernix caseosa, fragmente de prepuț, lambouri de mucoasă vaginală, luate de la femeile cu prolaps, sac herniar de la hernii operate;

— transplantarea de viscere se face prin procedeul Baldwin cu intestin subțire, prin procedeul Schubert cu rect.

Vaginul septat. Vaginul este împărțit de o membrană fie în întregime, fie numai în partea distală. Anomalia se asociază cu malformații ale colului, uterului, trompelor și ovarelor. Se formează prin incompleta fuziune a canalelor Müller.

Tratamentul va consta din excizia septului pe cale chirurgicală, deoarece poate împiedica actul sexual sau în timpul nașterii poate constitui un obstacol pentru făt, împiedicînd rotația sau degajarea capului.

— **Vaginul septat longitudinal** se descoperă cu ocazia unui examen obstetrical sau ginecologic. În fața unui astfel de caz va trebui să precizăm dacă septul este total, adică dacă există două vaginuri și două coluri. De obicei, aceste două vaginuri sînt inegale și numai unul dintre ele este funcțional; septul poate fi parțial în treimea superioară sau inferioară.

Scanned with OKEN Scanner

— **Vaginul septat transversal** poate fi complet închis sau septul poate fi perforat.

Tratamentul. În cazul septurilor complete cu hematocolpos se va deschide colecția, ne vom asigura de starea colului, iar diafragmul propriu-zis îl vom opera după trei săptămîni. Cînd este vorba de septe perforate, vom inciza un lambou în formă de „V" inserat și vom exciza mucoasa inversată.

Hipoplazia vulvei și a vaginului. Hipoplazia vulvei și a vaginului este relativ des întîlnită mai ales în cadrul infantilismului și a hipoplaziei genitale. Se caracterizează printr-un vagin scurt, cu fundurile de sac vaginale șterse și bolțile vaginale de asemenea mici.

III.10.3. Malformațiile uterului

În fața unui caz de malformație genitală evidentă trebuie să ne punem următoarele întrebări: dacă există uter și trompă, dacă există ovare, dacă există vagin? Putem răspunde la aceste întrebări numai după ce procedăm la un examen atent clinic și hormonal completat obligator prin celioscopie sau laparotomie (50), (62).

Absența uterului. Absența completă a uterului este excepțională. Se întîlnește uneori la autopsia copiilor nou-născuți morți ante- sau intrapartum, din cauza altor malformații incompatibile cu viața.

Uterele duble derivă toate dintr-o fuziune anormală a canalelor Müller; se deosebesc:

— *Utere duble* cu corp independent și anume: *uterul didelf* adevărat, cu corp, col și vagin independent, deci două canale Müller separate și *uterul pseudodidelf*, cu corpuri uterine independente, dar cu restul segmentelor mai mult sau mai puțin fuzionate, colurile fiind lipsite și vaginul septat.

— *Uterul complet septat*, care poate prezenta și un vagin septat.

— *Utere incomplet septate*, care pot prezenta un sept corporal și un sept cervical (uter subsept).

— *Uterul bicorn.*

— *Uterul cordiform* și *arcuat.*

Uterul bicorn cu corn rudimentar. Este important și interesant din punctul de vedere al stărilor pe care le poate realiza. În acest caz, vaginul și colul sînt normale, existînd un singur corn care se continuă cu trompă și ovarul. Cornul rudimentar are o trompă și un ovar, dar un singur orificiu și anume cel al trompei, căci nu are col și nici canal cervical. O sarcină într-un astfel de corn se poate nida. Fecundația se face transperitoneal, spermatozoizii trecînd prin uterul normal și prin trompa lui unică și ajungînd prin cavitatea

Scanned with OKEN Scanner

peritoneală la nivelul cornului rudimentar, unde întîlnesc ovulul ovarului respectiv. Natural că sarcina nidată într-un astfel de uter este de fapt o sarcină extrauterină, care poate da complicații grave prin evoluția ei, ca ruptura în săptămîna a 10-a. Excepțional, sarcina poate ajunge la termen cînd se va rezolva numai prin secțiune cezariană. Dacă nu recunoaștem această stare, se ajunge la ruptura de uter cu moartea fătului și prognostic grav pentru mamă. *Cornul uterin rudimentar recunoscut trebuie operat din vreme* (27).

— **Uterul didelf.** Uterul didelf adevărat este extrem de rar, cazurile publicate nefiind totdeauna autentice pentru că un uter cu adevărat didelf trebuie să aibă corp, col și vagin independente. Aceste malformații se produc în a 4-a — a 5-a săptămînă a vieții și de cele mai multe ori sînt însoțite de altele mai întinse incompatibile cu viața. Anomalia în cazul uterului dublu se datorează faptului că fiecare canal Müller se dezvoltă separat, fuzionarea neproducîndu-se. Aceste utere pot deveni gravide, avortul spontan fiind doar probabil din cauza musculaturii uterine insuficiente, care nu se poate destinde și adapta conținutului, adică oului în dezvoltare. Dacă sarcina a ajuns la termen, uterul negravid poate constitui o cauză de distocie, el putîndu-se situa înaintea prezentației, împiedicînd în acest fel progresiunea și indicînd secțiunea cezariană.

Nașterea spontană este posibilă. În lăuzie, uterul negravid poate bloca uterul puerperal, producînd lochiometrie și infecție puerperală.

— **Uterul pseudodidelf.** În aceste cazuri este vorba de utere separate, cu coluri lipite, vaginurile mai mult sau mai puțin cloasonate, uneori chiar vagin unic, simplu, sau din contră, un introit și două himene.

Uterele sînt fusiforme și orientate oblic în jos și din afară-înăuntru. Trompele au direcția uterelor. Există cîte un ligament rotund pentru fiecare uter. De obicei unul dintre utere este mai voluminos.

— **Utere complet cloasonate.** Această formă de malformație este de asemenea rară și trece adeseori neobservată. O constatăm cu ocazia autopsiei sau cînd facem o dezlipire de placentă.

Uterul are aspectul exterior normal. Corpul este simetric sau foarte ușor asimetric, septul despărțind cavitatea în două părți sensibil egale. Există totdeauna două coluri sau col bifid. Nu este necesar tratament, dar dacă se produc avorturi repetate, habituale, se va secționa septul.

— **Uterele incomplet septate** sînt rare; deosebim două varietăți:

— septul începe la fundul uterului și împarte colul în două;

— septul divide numai colul pe cînd cavitatea corpului este unică.

Scanned with OKEN Scanner

— **Uterul bicorn** se „demască" prin sterilitate, avort habitual sau dismenoree. Cînd unul dintre coarne este obstruat, se produce hematometrie. Canalele Müller fuzionează numai în porțiunea mijlocie, vaginul este dublu, uterul este unic, dar septat. Septul poate despărți cavitatea complet sau incomplet. Sarcina se poate dezvolta numai într-o parte sau în ambele. Literatura descrie cazuri de sarcină gemelară cu feți dezvoltați separat, în fiecare cavitate cîte unul.

Colul dublu rezultă prin lipsa fuziunii canalelor Müller la nivelul colului. La examen se constată două coluri care comunică cu două cavități uterine ce sînt în continuare. Menstruația se produce din ambele utere. Este vorba de o incompletă fuziune a canalelor Müller la nivelul uterului și colului.

Tratament. Această anomalie nu necesită tratament, deoarece femeile respective pot rămîne gravide și pot naște la termen pe cale vaginală. Uneori nașterea se complică cu distocie pe col, dar ea se poate face tot pe cale vaginală în condițiile unui travaliu lung și anevoios.

— **Uterul unicorn** este o anomalie cauzată de absența dezvoltării unuia dintre canalele Müller.

Simptomatologia constă din dismenoree, dispareunie, menoragii și infertilitate. Colul este atrofic și de volum redus, fiind deviat către unul din pereții vaginului. Unul din fundurile de sac vaginale este plat, iar celălalt este normal. Corpul uterin este deviat lateral lipsindu-i fundul de sac de o parte. Dintre examinările complementare vom practica: ginecografia, histerosalpingografia (H.S.G.), care are cea mai mare valoare, indicîndu-ne anomalia de situație și cea de formă, celioscopia și urografia.

Complicațiile pe care le ocazionează sînt sterilitatea, infertilitatea, avortul cu repetiție, nașteri premature, prezentații vicioase, anomalii ale contracției și dilatării.

Tratamentul. Nu este indicată nici o operație chirurgicală exploratoare, plastică sau reparatoare. Obstetrical, pentru a combate infertilitatea, nu este indicată intervenția chirurgicală. În travaliu, anomaliile de poziție sau de dinamică pot indica operația cezariană, pe care este bine să o practicăm longitudinal, pentru a evita pedicului vascular și renal.

— **Uterul cordiform** este frecvent, 3—4% din femeile normale prezentînd uter cordiform.

— **Stenoza congenitală a colului** este limitată la nivelul orificiului extern al canalului cervical și va ocaziona dismenoree și sterilitate.

Scanned with OKEN Scanner

III.10.4. Malformațiile trompelor

Trompele își au originea în extremitatea canalelor Müller, maturația lor embriologică avînd un determinism genetic. Se deosebesc următoarele malformații: *absența congenitală a trompei* (uni- sau bilaterală) asociată uneori cu malformații ale ovarelor și căilor urinare de aceeași parte; *trompa rudimentară,* hipogenezia ei fiind parțială, cînd apare ca o bandă fibroasă între uter și un mic nodul tisular, care reprezintă ovarul.

În cadrul tratamentului, se pot practica operații plastice și reparatoare folosind materiale de polietilen, dar rezultatele au fost nesatisfăcătoare.

Diverticulii se pot întîlni incidental pe masa de operație sau la histerografie. Ei nu se manifestă prin simptome, dar pot produce sarcini ectopice prin fixarea oului în acești diverticuli. Cauza acestor diverticuli este o insuficiență congenitală a musculaturii, care permite hernierea endosalpinxului. Cînd se descoperă astfel de diverticuli în cursul operației vor fi extirpați.

III.10.5. Malformațiile ovarului

Hipoplazia ovarului. În aceste cazuri, ovarul se prezintă ca un cordon subțire albicios sau ca o formație gonadală nodulară. Microscopic, se constată de cele mai multe ori absența oricărei activități foliculare, amenoree primară și infantilism genital.

Aplazia ovarului este rară, dar absența unui ovar cu trompa lui nu este cu totul neobișnuită.

Etiopatogeneza aplaziei gonadice nu este cunoscută, dar faptul că aceasta se asociază cu alte leziuni, ca surditate, cataractă sau malformații cardiace, care se pot datora rubeolei, poate pune în discuție aceeași cauză.

Această ipoteză nu este dovedită, dar este sigur că acțiunea factorilor patogeni se produc în săptămîna a 8-a—a 9-a, căci după această dată, mugurele genital se dezvoltă totdeauna în sensul corespunzător structurii cromozomiale masculine sau feminine a subiectului.

Procedurilor medicale de recuperare li se adaugă și, în cadrul acestor boli, *mijloacele socio-profesionale* prin care se desăvîrșește recuperarea medicală obținută prin tehnici corespunzătoare.

Orientarea profesională, îndrumarea sau reîndrumarea profesională, alegerea celui mai potrivit loc de muncă sînt absolut necesare în asigurarea unei recuperări eficiente și de durată.

Scanned with OKEN Scanner

III.11. Recuperarea femeilor cu afecţiuni cîştigate în urma tratamentului unor afecţiuni genitale benigne sau maligne

Cu toate succesele obţinute în ultimii zeci de ani în tratamentul chirurgical al afecţiunilor maligne sau benigne ale organelor genitale, privitor la mortalitatea postoperatorie, prognosticul capacităţii de muncă al femeilor cu astfel de operaţii a rămas în continuare umbrit de complicaţiile şi sechelele postoperatorii care determină adesea o serie de tulburări morfologice şi/sau funcţionale cu consecinţe negative asupra capacităţii lor de prestaţie şi de muncă. Menţionăm că ele au devenit chiar mai frecvente după aplicarea sistematică a radioterapiei. Între acestea amintim complicaţiile aparatului urinar, fistulele, celulitele reziduale, edemele şi alte tulburări trofice ale membrelor inferioare pe care le vom trata în rîndurile care urmează.

III.11.1. Tulburările de statică şi dinamică vezicoureterală

Prin raporturile sale, uterul are un rol principal în menţinerea poziţiei vezicii urinare. Suprimarea totală a uterului antrenează o deplasare postero-inferioară a fundului vezicii şi a peretelui său posterior.

Clinic se constată apariţia unui *colpocel anterior* şi a unui *cistocel*, la început fără manifestări funcţionale importante. Cu timpul, reziduul vezical creşte şi accentuează dificultatea evacuărilor urinare. Acţiunea mecanică de stază urinară în vezică se resfrînge asupra funcţiei sfincterului vezical, care devine deficitar. Incontinenţa care urmează este, în esenţă, rezultatul conjugat al alterărilor tonicităţii şi reflectivităţii peretelui vezical şi ale sfincterului său. Simptomele pot fi multă vreme discrete şi manifestate parţial, sub forma incontinenţei de efort. Printre bolnavele care au suportat o histerectomie lărgită proporţia medie a acestui deficit este de aproximativ 20% (39).

Prolapsul vezical şi *incontinenţa* se observă mai ales la femeile care desfăşoară o muncă fizică intensă sau susţinută şi cu deosebire la cele înaintate în vîrstă sau plurigeste.

Modificările vezicale de durată se reflectă şi asupra dinamicii ureterale. Se creează o stază a căilor urinare superioare, de pro-

Scanned with OKEN Scanner

porţii variate, adeseori ca o consecinţă a modificărilor de statică şi tonicitate vezicală.

Capacitatea de muncă a femeilor care prezintă asemenea tulburări este scăzută. Pentru profilaxia acestora sînt contraindicate eforturile fizice mari, precum şi activităţile ce se efectuează în ortostatism prelungit (ridicarea de greutăţi, apăsări, aplecări, mers prelungit sau anevoios, purtare de greutăţi etc.). Adesea este necesară schimbarea locului de muncă spre activităţi care se exercită în poziţie şezîndă, cum sînt activităţi manuale şi de birou.

Recuperarea se realizează prin suspensia orificiului sfincterian şi fixarea fundului vezical, chirurgia reparatoare reduce în proporţie însemnată tulburările descrise. Ea ameliorează, într-o anumită măsură, deficitul funcţional al aparatului urinar. Totuşi, capacitatea de-a efectua eforturi fizice mari rămîne scăzută, în special pentru femeile în vîrstă. Ele vor putea efectua numai activităţi cu eforturi energetice mici.

III.11.2. Leziunile ureterului

Sechelele ureterului consecutive tratamentului cancerului genital sînt cu atît mai frecvente şi mai importante, cu cît exerezele sînt mai extinse. Colpohisterectomia lărgită constituie intervenţia cea mai nocivă pentru ureter. Două leziuni care se reflectă cu deosebire asupra aparatului renal sînt de luat în consideraţie şi anume: *stenoza şi fistula ureterală*. S-ar părea că ele sînt rezultatul proceselor trofice cu necroză ischemică ureterală, produsă prin disecţie. Frecvenţa lor creşte proporţional cu extensia cancerului şi cu caracterul larg al intervenţiei chirurgicale (39).

Stenoza ureterală de cele mai multe ori unilaterală, blocînd eliminarea urinii, provoacă destinderea aparatului excretor. Ureterohidronefroza consecutivă se reflectă, cu timpul, asupra funcţiei secretorii, prin scleroza şi atrofia parenchimului renal. Din constatările lui C. Popescu (39) şi ale altor autori reiese că procesul stenozant al ureterului, dacă apare mai frecvent acum decît altădată, se datoreşte nu atît exerezelor extinse, cît mai ales röntgenterapiei. Fragilitatea vascularizaţiei ureterale este mult mai mare la bolnavele iradiate. Radiaţiile alterează, în mod difuz, întreaga circulaţie arterială a pelvisului.

În majoritatea cazurilor, diskineziile urinare postoperatorii cu dilatare ureterobazinetală, sînt temporare; ele regresează spontan în decurs de 3—12 luni.

Scanned with OKEN Scanner

Posibilitatea de restaurare a permeabilității ureterului stenozat în cazurile grave cu evoluție progresivă este condiționată de tipul obstrucției pe care îl prezintă și care necesită: fie redresarea sa prin eliberarea unei cuduri, fie rezecția stenozei, urmată de implantarea în vezică fie direct, fie prin intermediul unui grefon sau prin coborîrea renală. Profilaxia acestor sechele cu răsunet asupra funcției renale se obține prin respectarea la maximum, în cursul operației, a adventicei vasculare a ureterului.

III.11.3. Fistulele urogenitale cîștigate

Constau în comunicarea patologică între vezică, ureter sau uretră și un punct variabil al filierei genitale (de obicei vaginul). Relațiile de vecinătate a aparatului genital și urinar la femeie, le expune împreună traumatismelor cauzate de naștere, de intervenții chirurgicale (pe cale vaginală sau abdominală), de manopere endoscopice sau de radioterapie.

Simptomul principal care aduce bolnava la un consult ginecologic (sau urologic) este incontinența de urină de grade diferite.

La *examenul clinic* se evidențiază scurgerea de urină prin vulvă și atunci cînd orificiul vaginal al fistulei este mai mare, se poate evidenția cu ochiul liber la examenul cu valvele. În situația în care orificiul fistulei este mic, poate fi necesară injectarea intravenoasă de indigocarmin și urmărirea locului apariției acestuia în vagin.

Tușeul vaginal va permite aprecierea calității țesuturilor care înconjură orificiul fistulei.

Explorările paraclinice. Cea mai importantă explorare paraclinică este urografia intravenoasă care, pe lîngă faptul că evidențiază pe radiografie pierderea de urină prin vagin, permite aprecierea situației funcționale a rinichiului superaiacent. Uneori urografia trebuie completată cu o fistulografie, care precizează traiectul și este de mare importanță pentru alegerea tacticii chirurgicale.

Diagnosticul diferențial trebuie făcut cu incontinența urinară de efort.

Evoluția naturală a afecțiunii permite, rareori, o vindecare definitivă; pe lîngă faptul că fistula în sine constituie o infirmitate penibilă, pot apare complicații ale aparatului urinar supraiacent, pînă la compromiterea funcțională a unuia sau a ambilor rinichi. Rezultă deci necesitatea recuperării prin tratament chirurgical de corectare a acestui tip de fistulă.

Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul chirurgical constă în principiu din dedublarea vezicii de vagin, suturarea etanșă a orificiului vezical, a celui vaginal sau a ambelor, în funcție de metoda folosită. Calea de abordare poate fi transvaginală, transperitoneală, transperitoneovezicală sau transvezicală.

Este important ca, în perioada preoperatorie, vaginul și căile urinare să fie aseptizate. Postoperator, pentru a evita distensia vezicii care poate periclita suturile, este necesară drenarea continuă a urinii, fie prin sondă vezicală, fie prin cistostomie.

În cazul fistulelor ureterovaginale corectarea ideală se face prin reimplantarea ureterului în vezică. Atunci însă, cînd materialul ureteral este insuficient, se poate executa implantarea ureterului într-un segment al tubului digestiv. În cazurile extreme, cînd rinichiul supraiacent are o valoare funcțională redusă, nefrectomia este intervenția radicală.

Chirurgia actuală, conservatoare, urmărind recuperările funcționale, tinde către o restabilire a tranzitului urinar întrerupt prin fistula uretrală. Ureterul pelvian compromis este înlocuit, adeseori cu succes, printr-un grefon vezical sau intestinal.

III.11.4. Fistulele stercorale

Constau în comunicații între vulvă și vagin, pe de o parte, și tractul intestinal, pe de altă parte. Ele apar de cele mai multe ori sub formă de *fistule rectovaginale* și mult mai rar ca *fistule colo-* sau *enterovaginale*.

Etiologia fistulelor rectovaginale este de obicei traumatică (traumatisme obstetricale sau accidentale), chirurgicală sau radiochirurgicală. Sediul lor poate fi superior, inferior sau vulvar, în raport cu peretele vaginal posterior.

Calibrul traiectului fistulos poate fi mare, antrenînd incontinența de materii fecale, sau foarte mic, neantrenînd decît incontinență periodică pentru gaze. O entitate aparte o constituie ruptura perineală completă, situație în care vaginul și rectul se deschid la nivelul vulvei ca într-un fel de cloacă.

Recuperarea medicală se realizează prin tehnici chirurgicale, dar trebuie precedată de o pregătire medicală care vizează aseptizarea tractului intestinal și a vaginului și continuată apoi cu proceduri socioprofesionale care să consolideze și să mențină recuperarea biologică obținută.

Scanned with OKEN Scanner

Intervenția chirurgicală constă în principiu din dedublarea rectului de vagin (ca într-o colpoperineorafie posterioară), urmată de suturarea orificiului rectal în mai multe straturi. Timpul următor este similar cu o colpoperineorafie posterioară. Postoperator bolnava trebuie constipată cel puțin șapte zile.

În cazuri rare, în care situația locală nu permite corectarea chirurgicală a fistulei se poate pune în discuție, ca o atitudine extremă, creearea unui anus contra naturii (44), (48), (53).

III.11.5. Celulitele reziduale ale bazinului și organelor pelvisului

Apar mai frecvent în urma tratamentului combinat radiochirurgical, constituindu-se din infecții atenuate sau ca alterări radice. Cuprinzînd uneori parțial regiunea declivă a fundului de sac Douglas, pe care o infiltrează, pot lăsa impresia unei recidive. Alteori se extind la întregul bazin, înglobînd organele pelviene și fixînd epiploonul sau chiar intestinul. Zone edematiate alternează cu zone de celulită retractilă și schiroasă a spațiului subperitoneal (39).

Durerile difuze caracterizează această tulburare terapeutică. Ele au intensitate maximă într-o anumită zonă de pelvis și pot iradia de-a lungul trunchiurilor nervoase, generînd nevralgii: lombare, sciatice, obturatoare sau femurocutanate. Adeseori apar fenomene clinice vezicale: disurie, polakiurie, retenție de urină. Abdomenul este balonat în jumătatea subombilicală. Tulburările digestive se suprapun în eventualitatea participării masei intestinale la procesul pelvin, manifestîndu-se prin grețuri și vărsături. Înglobarea rectului în procesul lezional este reprezentată prin constipații rebele, tenesme, secreții abundente anorectale și chiar rectoragii. Palparea și tușeul vaginal sînt dureroase.

Rezistente la tratament, tulburările se permanentizează uneori indefinit, fiind întrerupte de crize acute, dureroase (39).

Capacitatea de muncă a bolnavelor este diminuată în grade diferite. Chiar pentru cazurile cu fenomene clinice moderate, o activitate ce solicită eforturi fizice mari este greu suportată. Sînt contraindicate activitățile care solicită mers sau ortostatism prelungit. Pentru evaluarea capacității de muncă, trebuie să se țină seama că deseori modificările obiective sînt de însemnătate mai mică, față de tulburările funcționale și senzațiile dureroase pe care le prezintă bolnavele (39).

Scanned with OKEN Scanner

III.11.6. Edemele și alterările trofice ale membrelor inferioare

Pentru cancerul uterin operat, apariția edemului cronic se caracterizează prin tumefierea albă, elastică a membrului inferior, care se intensifică progresiv. Diagnosticul de recidivă neoplazică, adeseori cauza acestui edem, rezultă din examenul sferei genitale. Împăstarea dură a pelvisului este sesizată uneori în imediata vecinătatea a bontului vaginal; alteori este mai îndepărtată ajungînd chiar în fosele iliace. Procesul patologic are o evoluție progresivă și conduce la pierderea totală a capacității de muncă.

În afara acestui edem simptomatic de recidivă, există și un edem produs de tulburările circulatorii. El apare mai ales în urma adăugirii roentgenterapiei la actul operator. Apare mult mai frecvent în neoplaziile vulvare, la care, pe lîngă vulvectomie, s-a efectuat și exereze limfaticelor inghino-femurale.

Manifestarea clinică și prognosticul acestor procese distrofice și circulatorii este diferită de aceea a edemelor prin recidivă. Din punct de vedere practic, diferențierea este importantă. Edemele trofice apar la interval scurt după actul operator. Sînt însoțite de alterări neurovegetative: modificări de coloratie a tegumentelor și unghiilor, senzație intermitentă da arsuri și amorțeli în picior, evoluție inegală cu ameliorări în repaus și accentuări la frig și la oboseală. Examenul pelvisului nu prezintă modificări caracteristice recidivei. Prin manifestările lor clinice, ele se suprapun cu deosebire tromboflebitelor cronice, cu care împart același mecanism patogen. Edemul se accentuează considerabil la mers și la efortul în ortostatism; tulburările trofice pot ajunge la leziuni ulcerative în treimea inferioară a gambei (39).

Recuperarea este adeseori dificilă, mai cu seamă în formele vechi. Repausul, infiltrațiile novocainice pe trunchiurile nervoase și vasculare ale coapsei, extractele retrohipofizare sau simpatectomiile neurovegetative la ameliorează în mod manifest. Tratamentul cu cortizon a dat rezultate bune.

Capacitatea de muncă este diminuată în raport cu volumul edemului, cu intensitatea durerilor, cu reducerea amplitudinii mișcărilor articulare, cu modificările trofice cutanate și cu activitatea profesională.

Sînt contraindicate profesiile care cer mers sau ortostatism îndelungat, mișcări frecvente ale membrului bolnav sau transportarea de greutăți. De asemenea este contraindicată activitatea în condiții

Scanned with OKEN Scanner

de temperatură ridicată sau în frig. Pentru formele ușoare sînt indicate activități în poziție șezîndă. În perioadele de agravare bolnavele au nevoie de o terapeutică susținută și de repaus profesional.

III.11.7. Tulburări endocrinohormonale

Alături de suprimarea bruscă a ciclului menstrual acestea constituie, pentru bolnavele tinere, un factor de dezechilibru de ordin afectiv, care se adaugă la neliniștea produsă de ideea de boală canceroasă. Tulburărilor clinice, manifestate prin valuri de căldură, dureri de cap, insomnie, tulburări digestive, li se alaugă depresiuni și instabilități emoționale, în complexul unor preocupări permanente asupra deficitelor sexuale.

Pentru un anumit interval de timp, uneori îndelungat, în acțiunea de recuperare li se cere un efort deosebit. Din acest punct de vedere, deficiența emoțională întrece uneori în importanță mutilarea organică. Terapeutica medicamentoasă și psihică, condusă cu atenție, atenuează intensitatea și caracterul acestor tulburări. Necesitatea de a observa în aceeași măsură alterările psihice și glandulare reprezintă modul de înțelegere a terapeuticii recuperatoare moderne (39).

III.11.8. Sechelele tardive ale intervențiilor chirurgicale transabdominale asupra organelor genitale

Sechelele tardive după intervenții chirurgicale asupra organelor genitale sînt reprezentate de:

— **Eventrații,** cu extindere diferită, care se datorează dehiscenței planurilor profunde ale plăgii în special a fasciei.

— **Aderențele cicatriceale, viscerale, epiploice sau parietoviscerale** care apar în prezența unei inflamații, în situații în care nu se execută o peritonizare satisfăcătoare sau cînd peritoneul parietal sau visceral a fost iritat pe suprafețe mari prin manopere prea energice cu instrumente sau comprese. Sindromul aderențial postoperator este destul de frecvent și poate compromite rezultatele intervenției (mai ales în chirurgia restauratoare a trompei). Cu toate acestea nu trebuie să găsim totdeauna o explicație „comodă" prin prezența aderențelor, a unor algii pelviene apărute tardiv după o intervenție chirurgicală. Reintervenția pentru cura aderențelor trebuie să fie ultimul gest terapeutic la care se recurge, după ce

Scanned with OKEN Scanner

s-a epuizat toată gama de proceduri recuperatorii și s-a exclus cu certitudine prezența unei alte etiologii (recidivă neoplazică, boli asociate etc.) a durerilor semnalate de bolnavă (22).

Recuperarea socioprofesională a acestor bolnave se realizează prin măsuri care au fost expuse în partea generală a lucrării (capitolul I.2.G.1., I.2.G.2 și I.2.G.3).

Bibliografie

1. **Aburel E., Petrescu V. D.** — La tubérculose genitale de la femme. Edit. medicală, București — Masson et Cie, Paris, 1970.
2. **Alessandrescu D.** și colab. — Biologia reproducerii umane, Edit. medicală, București, 1976.
3. **Alessandrescu D.** și colab. — Obstet. și Ginec., 1977, 25, 3, 225.
4. **Anastasatu C., Sirjiță N.** — Scrisoare metodologică în legătură cu expertizarea bolnavilor de tuberculoză, 1978.
5. **Angelescu M. — Folosirea rațională a antibioticelor,** Edit. medicală, București, 1976.
6. **Baeder A.** — A munkaköri alkalmasság orvosi elbirálásának Irányelvei, Medicina Könyvkiadó, Budapesta, 1960.
7. **Benson R. C.** — Handbook of Obstetrics and Gynecology, Lange Med., Publ. Los Altos.
8. **Bousser I.** — Rev. Méd. (Paris), 1977, 20, 955—956.
9. **Chartier M.** — Encycl. méd.-chir., cap. Gynecologie, Paris, 139 A^{10}.
10. **Chiricuță I.** și colab. — Cancerul colului uterin, Edit. Dacia, Cluj-Napoca, 1972.
11. **Ciortoloman Henriette** și colab. — Obstet. și Ginec., 1978, 26, 3, 287
12. **De Touris H., Henrion R.** — Abregé de gynécologie et d'obstetrique, Masson et Cie, Paris, 1973.
13. **Donahue C. V.** — Obstet. and Gynec., 1977, 49, 1, 118—121.
14. **Dumitrescu Anca** și colab. — Obstet. și Ginec., 1977, 25, 1, 11.
15. **Dumitru I., Chirculescu A. R. M.** — Obstet. și Ginec., 1977, 25, 1.
16. **Elstein M.** — Organorama, 1977, 14, 3.
17. **Teodorescu Exarcu I.** (sub redacția) — Patologia biochimică, Edit. medicală, București, 1974.
18. **Teodorescu Exarcu I.** (sub red.) — Fiziologia și fiziopatologia reproducerii umane, Edit. medicală, București, 1977.
19. **Fodor O.** (sub red.) — Biologia și vîrsta, Edit. Dacia, Cluj-Napoca, 1971.
20. **Galatîr Natalia** — Îndreptar de citologie pentru diagnosticul precoce al cancerului colului uterin, Edit. medicală, București, 1978.
21. **Georgmăneanu M.** — Patologie indusă prenatal, Edit. medicală, București, 1978.
22. **Gerota D.** — Explorarea chirurgicală a abdomenului, Edit. medicală, București, 1969.
23. **Goldenberg R. L., White R.** — J. Reprod. Med., 1977, 18, 3, 149—154.
24. **Hațieganu I., Goia I.** — Tratat elementar de semiologie și patologie medicală, 1936, vol. II.
25. **Heyde W.** — Rehabilitation, vol. II, Edit. Georg Thieme, Stuttgart, 1975.

Scanned with OKEN Scanner

26. **Hubinont P.** (sub red.) — Clinical reproductive Neuroendocrinology, Edit. S. Krager, Basel, 1977.
27. **Ifrim M., Sălăjan V., Vinţi I.** — Riscul malformativ în reproducerea umană, Edit. medicală, Bucureşti, 1978.
28. I.O.M.C. — Scrisori metodologice, ianuarie, 1974.
29. **Kratochwill A.** — Gynäkologe, 1976, 9, 166—180.
30. **Labrousse D.** — Bordeaux méd., 1978, 16, 1 441.
31. **Maximilian C., Duca-Marinescu Daniela** — Sfaturi genetice, Edit. Scrisul Românesc, Craiova, 1977.
32. **Maximilian C.** — Aventura geneticii, Edit. Albatros, Bucureşti, 1978.
33. **Milcu St.-M., Dănilă-Muster Aneta** — Endocrinologie ginecologică, Edit. Acad. R.S.R., Bucureşti, 1977.
34. **Marin Fl.** — Curs elementar de expertiză medicală şi recuperarea capacităţii de muncă, Litografia I.M.F., Cluj-Napoca, 1973.
35. **Moraru G.** şi colab. — Med. internă, 1966, 10, 1 257.
36. **Möbius W.** — Wiss. Z. Friedrich Schiller Univ., 1959/1960, 9, 4/5, 509.
37. **Munteanu L.** şi colab. — Ghidul staţiunilor balneoclimaterice din România, Edit. Sport-Turism, Bucureşti, 1978.
38. **Pilat L., Gavrilescu N.** — Urgenţele în bolile profesionale, Edit. medicală, Bucureşti, 1960.
39. **Popescu C.** — Boala canceroasă şi reabilitarea, Edit. medicală, Bucureşti, 1966.
40. **Rebedea T.** — Genitologia, părţile I — a II-a, Litografia I.M.F., Bucureşti, 1977.
41. **Robert G.** (sub red.) — Précis de gynecologie, Masson et Cie, Paris, 1974.
42. **Rosiu D.** — Clujul med., 1957, 4, 137.
43. **Rusu O.** (sub red.) — Propedeutică ginecologică şi obstetricală, vol. I (Ginecologia), Edit. Dacia, Cluj-Napoca, 1974.
44. **Rusu O.** (sub red.) — Mic atlas de chirurgie ginecologică şi obstetricală, Edit. Dacia, Cluj-Napoca, 1980.
45. **Sadoul G.** — Rév. Méd. (Paris), 1976, 19, 1 107—1 122.
46. **Schwartz** şi colab. — Chirurgia (Buc.), 1960, 2, 287.
47. **Siboulet A.** — Encycl. méd.-chir., cap. Gynecologie, Paris, 379-A[10].
48. **Sîrbu P.** — Patologie chirurgicală (sub red. **Th. Burghele**), vol. VII, Edit. medicală, Bucureşti, 1976.
49. **Sîrbu P.** şi colab. — Obstet. şi Ginec. 1977, 25, 3, 319.
50. **Sîrbu P.** şi colab. — Obstet. şi Ginec., 1978, 26, 3, 309.
51. **Sloan D.** — Obstet. and Gynec., 1978, 131, 6, 598—605.
52. **Tărăbuţă-Codrun Georgeta, Cernea Marieta** — Endometrul, Edit. Junimea, Iaşi, 1976.
53. **Te Linde, R. W., Mattingly R. F.** — Operative Gynecology, J. B. Lippincott Comp., Philadelphia, 1970.
54. **Teodorescu M., Chicovschi S.** — Curs de patologie obstetricală, vol. I—II, Litografia I.M.F., Timişoara, 1974.
55. **Teodoru G. C.** şi colab. — Obstet. şi Ginec., 1978, 26, 1, 37.
56. **Ungureanu-Alecu Maria, Zaharia Maria** — Cum tratăm leziunile colului uterin, Edit. medicală, Bucureşti, 1968.
57. **Ungureanu-Mîndru Maria** şi colab. — Obstet. şi Ginec., 1977, 25, 57.
58. **Văleanu V., Daniel C.** — Psihosomatica feminină, Edit. medicală, Bucureşti, 1977.
59. **Van de Kamp Wolfgang** — Z. gess. inn. Med., 1978, 19, 677.

Scanned with OKEN Scanner

Rezumat

Lucrarea este compusă din trei capitole. Primul cuprinde partea generală, al doilea problemele de morbiditate și invaliditate, iar al treilea partea specială.

În partea generală se tratează o serie de probleme privitoare la rolul social al femeii și la înțelegerea conceptului de recuperare a capacității de muncă: definiția, bazele biologice, afectivitatea feminină, metodologia recuperării capacității de muncă, stabilirea planului complex de recuperare, măsurile medicale și socioprofesionale de recuperare și eficiența activității de recuperare. Reflectînd gîndirea actuală asupra noțiunii de recuperare, aceasta este definită *„ca un domeniu de activitate complexă — medicală, educațională și socioprofesională — prin care se urmărește restabilirea cît mai deplină a capacităților funcționale reduse sau pierdute de către o persoană ca urmare a unor afecțiuni congenitale sau dobîndite în urma unor boli sau traumatisme, precum și dezvoltarea unor mecanisme compensatorii care să-i asigure posibilitatea de muncă sau autoservirea, respectiv o viață cît mai activă cu independență economică și/sau socială". Pentru femeile tinere în general și pentru cele cu afecțiuni genitale în particular, noțiunea de recuperare are o sferă mai largă — decît ceea ce se înțelege în general pentru bărbați — deoarece pentru ele ancorarea cît mai activă în viață semnifică crearea acelei situații biologice și sociale care să le permită normalizarea ciclismului genital, precum mai ales posibilitatea de a rămîne gravide, de a purta sarcina și de a naște făt viabil. Fără realizarea acestui deziderat recuperarea femeii tinere rămîne doar parțială.* La femeia în vîrstă la care nu mai este posi-

Scanned with OKEN Scanner

bilă o sarcină se urmărește realizarea celorlalte obiective enunțate. În această concepție noțiunea de recuperare este similară cu cea de reabilitare folosită în alte arii geografice.

După obiectivul spre care tinde sau care poate fi atins, se descrie *recuperarea parțială*, cînd se realizează redarea capacității de autoservire sau refacerea parțială a capacității de muncă, și *recuperarea totală* cînd se realizează recîștigarea totală a capacității de muncă și încadrarea sau reîncadrarea persoanei în activitate cu program complet.

Un spațiu larg se acordă evaluării capacității de prestație a femeii și criteriilor pentru evaluarea capacității de muncă a femeilor cu afecțiuni ale organelor genitale, în conformitate cu legislația în vigoare.

Între măsurile medicale de recuperare se acordă prioritate tratamentului balneoclimateric și fizioterapiei, precum și culturii fizice medicale și masajului.

Măsurile socioprofesionale de recuperare cuprind cu prioritate noțiuni de orientare și îndrumare profesionale, precum și indicațiile și contraindicațiile locurilor de muncă pentru femeile cu afecțiuni genitale.

În partea în care sînt tratate măsurile sociale de recuperare, se insistă asupra rolului medicilor de specialitate ginecologică, medicilor dispensarelor din unități, a medicilor ce lucrează în cabinetele de expertiză medicală și recuperarea capacității de muncă teritoriale și tehnicienilor sociali (asistentele sociale) în importanta problemă a încadrării și adaptării în muncă a fostelor bolnave care se reîncadrează în muncă.

Partea generală se termină cu aprecierea că activitatea de recuperare a handicapatelor ginecopate s-ar putea efectua prin creearea unor subsecții de recuperare în cadrul secțiilor de ginecologie existente în sistemul spitalelor unificate unde să se acorde asistență recuperatorie, atît în condiții de staționar, cît și de ambulator. În acest fel recuperarea capacității de muncă este considerată ca posibilă și absolut necesară în condițiile actuale ale asistenței medicale din țara noastră și ca parte integrantă a asistenței sanitare a populației.

Se menționează necesitatea preocupărilor în acest sens și se fac propuneri pentru orientarea activității de cercetare și didactică în concordanță cu obiectivele activității de expertiză și recuperare a capacității de muncă.

În partea a II-a a lucrării se prezintă problemele de morbiditate generală, incapacitate temporară de muncă și invaliditatea prin boli ale organelor genitale la femei.

Scanned with OKEN Scanner

Referindu-se la morbiditatea generală se arată că aproximativ 1/4 din femeile adulte din județul Cluj prezintă diferite acuze în sfera genitală care le determină să se prezinte la consultații ginecologice. Ordinea afecțiunilor ginecologice în condiții de examinări la ambulator este următoarea: tulburări funcționale, tulburări de statică, afecțiuni inflamatorii și tumorile benigne, ultimele fiind neoplasmele genitale.

Studiul morbidității cu incapacitatea temporară de muncă arată că, în județul Cluj, fiecărei femei îi revine în medie anual ceva mai puțin de o zi concediu medical pentru afecțiuni genitale. La unele întreprinderi cu număr mare de femei s-au acordat în medie ceva mai mult de două zile anual, ceea ce condiționează pierderi mari pentru economia națională, pentru femeia bolnavă și familia sa. Se impune ca o consecință, dezvoltarea în continuare a asistenței ginecologice din întreprinderi la un nivel și mai ridicat. Ordinea afecțiunilor ce determină incapacitate temporară de muncă este următoarea: patologia perinatală, tumorile benigne, tumorile maligne, procesele inflamatorii etc.

Morbiditatea intraspitalicească a fost studiată la *Clinica ginecologică I* din Cluj-Napoca și a privit bolnavele internate în cursul anului 1978. Ordinea afecțiunilor ginecologice a fost următoarea: tulburările ciclului menstrual, tumorile benigne, inflamațiile organelor genitale, sterilitatea conjugală, prolapsul genital, neoplasmele genitale și tuberculoza genitală.

Invaliditatea prin afecțiuni genitale a fost studiată la *Oficiul județean de expertiză medicală și recuperarea capacității de muncă Cluj* și a cuprins majoritatea invalidelor existente la 1 ianuarie 1979 în număr de 156. S-au studiat de asemenea bolnavele nou încadrate în invaliditate în cursul anului 1978. Ordinea afecțiunilor invalidante a fost următoarea: tumorile maligne și tumorile benigne de col și uter operate. Tuberculoza genitală și infecțiile metroanexiale reprezintă un procent mic.

Mortalitatea prin boli genitale este determinată în primul rînd de cancerul organelor genitale și de accidentele postoperatorii în special de tromboembolii și procese septice. Mortalitatea prin cancerul organelor genitale (col uterin, ovare etc.) este cu atît mai mare cu cît depistarea cancerului și începerea tratamentului s-au făcut mai tîrziu și cu cît bolnava este mai tînără.

Partea a doua a lucrării se încheie cu prezentarea aspectelor de economicitate. Se prezintă o formulă elaborată de O.M.S. prin care se pot calcula pierderile economiei naționale și ale bolnavelor ca urmare a cheltuielilor care se fac pentru investigații și tratament la care se adaugă pierderile determinate de absenteismul lor din

Scanned with OKEN Scanner

muncă din cauză de boală. Pentru reducerea cheltuielilor și creșterea eficienței asistenței medicale este necesară o intensă activitate preventivă, educație sanitară, asistență medicală de înaltă tehnicitate la toate nivelele — și mai ales la nivelul dispensarelor medicale — introducerea în timp util a măsurilor de recuperare, urmărirea îndeplinirii întocmai a planului de recuperare, pregătirea medicilor în acest sens și schimbarea opticii medicosociale în sensul preconizat de metodologia de recuperare.

În partea specială sînt tratate problemele de recuperare ale bolnavelor cu diferite afecțiuni ale organelor genitale.

Plecîndu-se de la deziderațul că recuperarea, ca orice activitate medicală, trebuie să fie în primul rînd preventivă, se tratează o serie de probleme ca sfatul genetic, consultațiile de ginecologie infantilă, consultația premaritală, consultațiile clinice periodice și consultația prenatală, care practicate în concordanță cu etapa actuală a științei medicale și cu legislația în vigoare ar constitui premizele recuperării primare și ar conduce în mod cert la reducerea morbidității generale, a incapacității temporare de muncă și a invalidității prin boli ale organelor genitale.

Se continuă cu „recuperarea femeilor cu afecțiuni maligne ale organelor genitale", insistîndu-se asupra necesității diagnosticului precoce în vederea introducerii terapiei recuperatori primare. Se insistă asupra măsurilor recuperatorii în cazul intervențiilor cu exereze extinse asupra organelor genitale (histerectomii, ovarectomii etc.): psihoterapie, balneofizioterapie, educație sanitară, sociocultură etc.

Recuperarea femeilor cu tumori benigne, cu infecții ale organelor genitale, cu hemoragii uterine disfuncționale, cu tulburări ale staticii pelvigenitale este succint tratată. Se abordează de asemenea corelația dintre bolile organelor genitale (de natură inflamatorie sau tumorală) cu viscerale abdominale și toracice.

Plecîndu-se de la definiția recuperării femeii ce cuprinde și măsuri care să-i asigure posibilitatea de a-și regulariza ciclismul menstrual, de a rămîne gravidă și de a naște făt viabil, se acordă spațiul cuvenit „recuperării cuplurilor cu sterilitate conjugală și a femeilor cu tulburări de sexualitate și sensibilitate". Se insistă asupra cauzelor sterilității și infertilității, precum și a tratamentului care se impune cuplului respectiv.

Se acordă importanță „recuperării femeilor cu malformații ale organelor genitale", plecîndu-se de la observația că frecvența lor a crescut în ultimul timp, iar consecințele lor asupra capacității de muncă și a procreării sînt negative.

Scanned with OKEN Scanner

Recuperarea femeilor cu tulburări de sexualitate și sensibilitate vizează recuperarea vaginismului, frigidității, dispareuniei, a femeilor care au suferit intervenții pe organele genitale și a celor cu activitate sexuală întîmplătoare. În această parte a lucrării se insistă în mod deosebit asupra psihoterapiei și asupra necesității socioculturii și a educației sanitare generale și în mod deosebit genitale.

Volumul se încheie cu partea ce se referă la recuperarea femeilor cu afecțiuni cîștigate în urma tratamentului unor boli genitale benigne sau maligne, care cuprinde un grup de tulburări de statică și dinamică vezico-ureterale, leziunile ureterului, fistulele ureterului, fistule uro-genitale, fistule stercorale, celulitele reziduale ale bazinului și organelor pelvine, edemele și alterările trofice ale membrelor inferioare, tulburările endocrino-umorale și sechelele tardive ale intervențiilor chirurgicale.

Scanned with OKEN Scanner

Summary

The book comprises three chapters. The first chapter comprises the general part, the second problems of morbidity and invalidity and the third constitutes the special part.

The general part treats a number of problems concerning the women's social role, the understanding of the concept of rehabilitation of the working capacity: definition, biological bases, women's affectiveness, the methodology of the rehabilitation of the working capacitiy, the establishment of a complex rehabilitation programme, medical and socio-professional rehabilitation measures and efficiency of the rehabilitation activity. Reflecting the present day thinking on the notion of rehabilitation this is defined as „a field of complex medical, educational and socio-professional activity which is directed towards the as full as possible reestablishment of the reduced or lost functional capacity of a person as a consequence of certain congenital or acquired affections following certain diseases or trauma, as well as the development of some compensating mechanisms able to ensure the possibility of working or self-servicing, therefore, an as active as possible life affording economical and/or social independence". For the young women, generally, and for those with genital affections, especially, the notion of rehabilitation has a wider sphere than that generally understood for men -because for these the active participation to life signifies the creation of a biological and social situation allowing them to normalize the genital cyclism and especially the possibility to become pregnant, to bear the pregnancy and to give birth to a live foetus. Without the achievement of this desiderate the rehabilitation of the

Scanned with OKEN Scanner

young women remains only partial. In old age women in whom pregnancy is no more possible the achievement of the other mentioned objectives is aimed at.

After the objective aimed at or that can be achieved, a partial rehabilitation is described, when the self servicing capacity is restored, or the working capacity is partly regained, and total rehabilitation when total regain of the working capacity is obtained and the patients are engaged or reengaged in an full programme activity.

A wide space is dedicated to the estimation of the labor capacity and of the criteria for the evaluation of the working capacity of women with genital affections according to the regulations in force.

Among the medical measures of rehabilitation a first place is occupied by physiotherapy and balneoclimateric therapy as well as by medical physical culture and massage of the genital organs.

Rehabilitation socio-professional measures include first of all notions of professional orientation and guidance as well as indications and contraindications of the working places for woman with genital diseases.

In the part dealing with the social measures of rehabilitation stress is laid on the role of the gynecologists, of the dyspensary physicians, of the physicians working in the department of expert medical examination and working capacity rehabilitation and of the social technicians (social medical assistants) in the important problem of reengagement and readjustment of the former patients to work.

The general part is concluded with the appreciation that the rehabilitation activity of the gynecologically handicaped patients could be carried out by creating rehabilitation subsections within the eisting gynecologic departments in the system of unified hospitals, where rehabilitation medical assistance could be afforded both in stationaries and in outpatient departaments. In this way the rehabilitation of the working capacity is considered as possible and absolutely necessary in the present day conditions of medical care in our country as an integrant part of the population's medical assistance.

The necessity of endeavours in this direction is stressed and suggestions are made for the orientation of the research and teaching activities in agreement with the objectives of the activity medical expertise and rehabilitation of the working capacity.

Scanned with OKEN Scanner

In the II-nd part of the book the authors present problems of general morbidity, temporary working inability and invalidity by diseases of the genital organs of women.

Concerning general morbidity, the authors show that about 25% of the adult women of Cluj district present various complaints in the genital sphere, determining them to see a gynecologist. The order of the gynecologic affections in the conditions of outpatient department examinations is as follows: functional troubles, static disturbances, inflammations, and benignant tumors, the last being genital neoplasms.

The study of morbidity with temporary working incapacity shows that in Cluj district on the average less than one day of sick leave recurrs for one women with genital affections. In certain enterprises with a great number of women, on the average somewhat more than two days of sick leave were given yearly, which causes great losses for the national economy, for the patients and for their families. As a consequence, the continual development of gynecologic care at a higher level is required in our enterprises. The order of the affections determining temporary working incapacity is as follows: perinatal pathology, benignant tumors, malignant tumors, inflammatory processes, etc.

Hospital morbidity was studied in the Gynecological Clinic No. 1 of Cluj-Napoca and included the patients admitted during 1978. The order of the gynecologic affections was: menstrual cycle troubles, benignant tumors, inflammations of the genital organs, conjugal sterility, genital prolapse, genital neoplasms the last in incidence being genital tuberculosis.

Invalidity by genital affections was studied at the District Department of Medical Expertise and Rehabilitation of the Working Capacity and included most invalid patients found on January 1, 1979 (156 cases). The patients considered as invalids in the cours of 1978 were also studied. The order of the disabilitations affections was: operated malignant and benignant tumors of the cervix uteri and of the uterus. Genital tuberculosis and metroadnexial infections constituted a small ratio.

Mortality by genital diseases is determined first of all by cancer of the genital organs and postoperative accidents, thromboembolism and septic processes, especially. Mortality by cancer of the genital organs (cervix uteri, ovaries etc.) ist the so much higher as the detection of cancer and the application of the treatment are made later and as the patient is younger.

Scanned with OKEN Scanner

Chapter II concludes with the discussion of the economical aspects. A formula elaborated by WHO is presented by which the losses of the national economy and of the patients can be calculated, these losses being caused by the expenses made for investigations and treatment and also by the absence of the patients from work due to diseases. For the reduction of the expenses and a higher efficiency of medical care an intense preventive activity, sanitary education, high technical level medical assistance care required at all levels — and especially at the level of the medical dispensaries — as well as introduction in useful time of the rehabilitation measures, follow up of the fulfillment of the rehabilitation plan, preparation of the physicians in this direction and a modification of the medical-social conception in the sense recommended by the rehabilitation methodology.

The special part treats the problems of the rehabilitation of patients with various diseases of the genital organs.

Starting from the desiderate that rehabilitation, like any medical activity, should first of all be preventive, the authors treat a number of questions of genetic advice, the consultation of infantile gynecology, premarital consultation, periodical clinical consultations, prenatal consultation, which, practiced in agreement with the present day stage of medical sciences and with the regulations in force would constitute the premises of primary rehabilitation, and would, certainly, lead to a reduction of general morbidity, of the temporary working inability and of invalidity through affections of the genital organs.

The problem of „Rehabilitation of women with malignant affections of the genital organs" is then discussed, insisting upon the necessity of early diagnosis in view of introducing primary rehabilitation therapy. Stress is laid on the rehabilitation measures in the case of surgery with extended exeresis on the genital organs (histerectomy, ovarectomy etc.), by psychotherapy, balneophysiotherapy and sociocultural education etc.

Rehabilitation of women with benignant tumors, infections of the genital organs, dysfunctional uterine hemorrhage, disturbances of the pelvi-genital statics is briefly treated. The correlation between the diseases of the genital organs (of inflammatory or tumoral nature) and the abdominal and thoracic viscera is also dealt with.

Starting from the definiton of woman's rehabilitation which comprises measures ensuring her the possibility to regularize her

Scanned with OKEN Scanner

menstrual cyclism, to become pregnant and to give birth to a live foetus, adequate space is dedicated to „Rehabilitation of couples with conjugal sterility and of women with sexuality and sensitivity disturbances". The authors insist upon the causes of sterility and infertility as well as on the treatment required by that couple.

Importance is paid to the „Rehabilitation of women with malformations of the genital organs", starting from the observation that their incidence increased during the last time, and their consequences on the working capacity and procreation are very negative.

„Rehabilitation of women with disturbances of sexuality and sensitivity" aims at the rehabilitation of vaginism, frigidity, dyspareunia, of women who suffered surgery of the genital organs and of those with random sexual activity. In this part of the book special emphasis is laid on psychotherapy and on the necessity of socioculture and general sanitary and particularly the genital education.

The volume concludes with the part treating the „Rehabilitation of women with affections gained following the treatment of certain benignant or malignant genital diseases". These include disturbances of vesical-ureteral statics and dynamics, lesions of the ureter, ureter fistulae, uro-genital fistulae; stercoral fistulae, residual cellulitis of the pelvis and pelvian organs, edema and trophic alterations of the lower limbs, endocrine-humoral disturbances and late sequelae of surgical interventions.

Scanned with OKEN Scanner

O REMARCABILA LUCRARE „ LA ZI "

O vizită obignuită la Librăria Academiei Române-Filiala Iaşi, mi-a oferit descoperirea unei recente cărţi de o actualitate totală; o lucrare de excepţie , cu notă exhaustivă asupra domeniului abordat. Este în discuţie lucrarea „ Valorificarea unor terenuri agricole expu se POLUARII ŞI DEGRADARII"; o adevărată operă în domeniu, având ca au tori pe eminentul profesor. univ. octogenar, dr. doc. Chiril Popescu şi conf. dr. Daniel Bucur, de la Universitatea Tehnică „ Gh. Asachi din Iaşi. Această vastă elaborare redată pe o întindere de 491 pg. ar are veritabile caracteristici de monografie, tratânt problemele abor- date, de la factorii naturală şi acţiunea lor asupra solului, până la aplicarea măşurilor de reabilitare şi recultivare.

O valoare deosebită îi conferă lucrării, prezentarea unui conţinu ştiinţific elevat asupra problemelor ridicate, însoţit de constatări, descrieri şi recomandări pentru aplicaţii practice. Această concepţie modernă de realizare permite recomandarea cărţii pentru toate catego- riile profesionale agricole interesate: agronomi, specialişti în îmbu nătăţiri Funciare,manageri de lucrări IF,studenţi, doctoranzi şi part cipanţi la pregătire postuniversitară. O notă valorică specială îi c feră imensul volum de rezultate experimentale cuprinse în tabele,gra fice şi diagrame, care dau o imagine largă asupra ganselor de a obţi rezultate favorabile prin aplicarea etodelor şi măsurilor de lucrur comandate. Se detaşează deasemenea, limbajul tehnic bogat , corect ut lizat, claritatea expunerii în frază şi capacitatea textului de a con ge despre posibila reuşită a aplicării în practică a recomandărilor date. Această excelentă sinteză a fost eleborată pe baza unei bibliografii de 547 lucrări, care exprimă rezultatele de cercetare în plan naţiona Contribuţia naţională în acest volum de lucrări depăşeşte 95 %.

Intitularea celor lo capitole ce alcătuiesc lucrarea este un răspu la titlul dezvoltat al lucrării şi merită să fie cunoscute de cititor lată-le: Solul- mediu de creştere şi dezvoltare a plantelor; Factori

Scanned with OKEN Scanner

şi procese care determină poluarea şi degradarea solului; Factorii de vegetaţie şi dirijarea lor ; Eroziunea solului, alunecările de teren, s valorificarea versantelor; Terenuri cu uniditate deficitară şi valorif carea lor; Ameliorarea solurilor salinizate şi valorificarea lor; Ter nuri cu umiditate excesivă şi valorificarea lor; Ameliorarea solurilo acide şi valorificarea lor; Eroziunea eoliană şi valorificarea terenu rilor nisipoase; Recultivarea unor terenuri agricole degradate(terenuri agricole acoperite cu deşeuri şi reziduuri industriale, terenuri poluate cu îngrăşăminte şi metale grale, terenuri poluate cu ţiţei şi apă sărată, terenuri mlăştinoase, soluri compacte)....(Rog să redaţi cu litere boldate !!)

Considerăm că această lucrare este o excelentă realizare pentru perioada care o traversăm, dar ea va avea cu siguranţă şi o lungă durată de utilizare în practica agronomică şi de îmbunătăţiri fiu îmbunătăţiri funciare, unde există suprafeţe de milioane de hectare, care necesită aplicarea recomandărilor oferite. Este o lucrare care se recomandă singură prin valoarea ei ştiinţifică şi practică !

Prof. dr. ing. Viorel Peştean
IASI.

6.06.2005.

Cesar Nicolau - Căpturei pt. concole:

I. Materiale utilizate în cercetare
Încercări preliminare
Rezultate obţinute.

= Rezist la compresiune în Kgf/cm²). pe betonul 20 (Mora B250)
= Amestecuri cu cimenturi filerizate
= Contracţiile cimenturilor filerizate
= Creşterea rezistenţei la compresiune în timp
= Caracteristicile betonului proaspăt
= Contracţiile şi umflăturile
= Rezistenţa betoanelor la uzură
= Stabilirea metodelor de încercare şi aparatura folosită

* Concluziile cele mai eficiente procedee şi materiale de impermeabilizare a concretului:
* Betoane grele din ciment portland, agregate şi cenuşă de termocentrală
* Pământuri stabilite cu cenuşă de termocentrală şi ciment portland
* Betoane uşoare alcătuite din ciment portland şi cenuşă de termocentrală
* Chiaturi bituminoase executate la cald.